

Tilburg University

Plaats en betekenis van de godsdienst in christelijke ziekenhuizen

Schepens, Th.M.M.

Publication date:
1997

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Schepens, T. M. M. (1997). *Plaats en betekenis van de godsdienst in christelijke ziekenhuizen*. Tilburg University Press.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

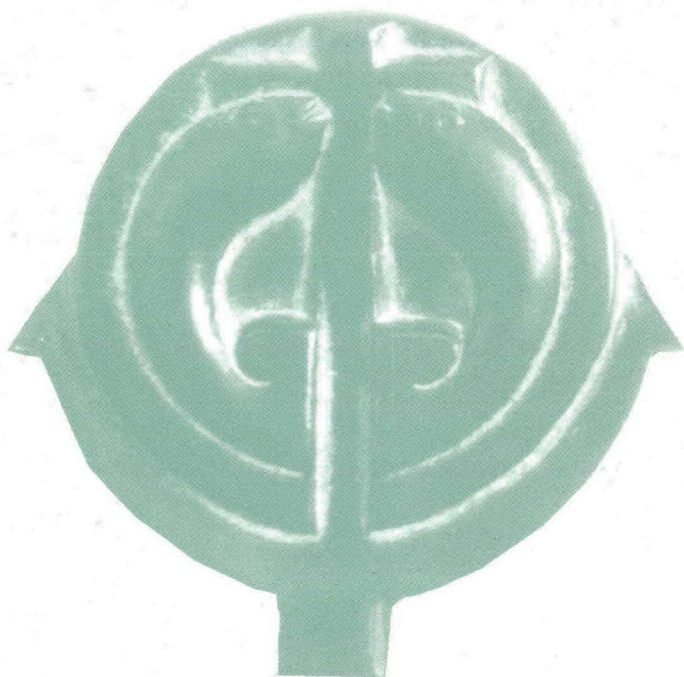
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



Plaats en betekenis van de godsdienst in christelijke ziekenhuizen

Een sociologisch onderzoek bij ziekenhuis-
organisaties en bij het verplegend en
verzorgend personeel

Theo Schepens



Plaats en betekenis van de godsdienst in christelijke ziekenhuizen

TFT-Studies 27

Publicaties van de Theologische Faculteit Tilburg

Plaats en betekenis van de godsdienst in christelijke ziekenhuizen

**Een sociologisch onderzoek bij ziekenhuis-
organisaties en bij het verplegend en verzorgend
personeel**

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Theologische Faculteit Tilburg,
op gezag van de decaan, prof.dr. B.H. Vedder,
in het openbaar te verdedigen
ten overstaan van het promotie-college
op dinsdag 10 juni 1997 om 16.15 uur
in de Aula van de Katholieke Universiteit Brabant

door

Theodorus Michaël Maria Schepens

geboren te Geertruidenberg

Promotores: Prof.dr. R. Nauta
Prof.dr. J.H.G. Segers

© Tilburg University Press 1997

ISBN 90-361-9847-X

NUGI 652

Behoudens ingeval beperkingen door de wet van toepassing zijn, en onder gehoudenheid aan de gestelde voorwaarden te voldoen, mag zonder schriftelijke toestemming van de uitgever niets uit deze uitgave worden veeveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of anderszins, hetgeen ook van toepassing is op de gehele of gedeeltelijke bewerking.

*ter nagedachtenis aan mijn beide opa's,
Theodorus Wilhelmus Johannes Schepens (1884-1963)
Michaël Désiré Castenmiller (1887-1961)*

Stellingen bij het proefschrift van Th.M.M. Schepens, *Plaats en betekenis van de godsdienst in christelijke ziekenhuizen*, Tilburg: Tilburg University Press, 1997.

1. Er wordt te weinig rekening gehouden met 'regressie naar het gemiddelde' als mogelijke verklaring voor het positieve effect van bedevaarten op het psychisch welbevinden van bedevaartgangers (zie: M. van Uden en J. Pieper (red.), *Bedevaart als volksreligieus ritueel*, Heerlen, 1991 en R. Stark en W.S. Bainbridge, *The future of religion*, Berkeley/Los Angeles/London, 1985).
2. De tweetrapsvraagstelling, die gebruikt wordt voor het meten van kerkelijkheid, is niet minder 'overvalachtig' dan de eentrapsvraagstelling, zoals Peters ten onrechte stelt (J. Peters, 'Religie in meer-voud'. In: O. Schreuder en L. van Snippenburg (red.), *Religie in de Nederlandse samenleving. De vergeten factor*, Baarn, 1990, p. 46).
3. De geestelijke polarisering die Felling, Peters en Schreuder in de Nederlandse samenleving ontwaren (kerkelijk-gelovig versus onkerkelijk-ongelovig, 'tertium non datur'; zie: *Geloven en leven*, Zeist, 1986, p. 69) stemt niet overeen met de werkelijkheid.
4. Dat onkerkelijken in Nederland een lager zelfdodingscijfer hebben dan de hervormden, hoeft niet in tegenspraak te zijn met Durkheims hypothesen, zoals Ultee c.s. concluderen, wanneer men rekening zou houden met de verschillen in leeftijd en burgerlijke staat tussen beide groeperingen (zie: W. Ultee, W. Arts en H. Flap, *Sociologie: vragen, uitspraken, bevindingen*, Groningen, 1992, pp. 633 en 118).
5. Omdat de kerk thans, in tegenstelling tot de Middeleeuwen, niet in een monopoliepositie verkeert, maar er sprake is van religieus pluralisme, dient de huidige ontkerstening, anders dan Raedts stelt, niet beschouwd te worden 'als terugkeer naar een normaal patroon van kerkelijk leven', maar eerder als een 'spectaculaire ontmanteling van het christendom in Europa' (P. Raedts, 'De christelijke middeleeuwen als mythe'. *Tijdschrift voor Theologie*, 30(1990): 157-158).
6. Oecumene loont niet. Het streven van kerken naar eenheid moge om theologische redenen wenselijk zijn, op de vitaliteit van kerken heeft het eerder een negatief effect (vgl. D. Kelley, *Why conservative churches are growing*, New York, 1972; R. Stark en L. Iannaccone, 'A supply-side reinterpretation of the "secularization" of

- Europe'. *Journal for the Scientific Study of Religion* 33(1994): 230-252; F. Starke en B. Dyck, 'Upheavals in congregations: the causes and outcomes of splits'. *Review of Religious Research* 38(1996)/2: 159-174).
7. Geloof is te meten (zie: J. Jonkers, *Godsdienst gemeten*, Kampen, 1997).
 8. Invoering van een 'sterren- of symbolensysteem', zoals bij campings en hotels, zou de identiteit van katholieke scholen ten goede komen en een betere afstemming van vraag en aanbod kunnen bewerkstelligen.
 9. Ook uit de jongste brief van de Nederlandse bisschoppen over het 'Katholiek onderwijs en de komende tijd' (Utrecht, 1996) blijkt dat de RK-Kerk in ons land nog in hoge mate te kenmerken is als een 'lazy monopoly' (zie: R. Stark, 'Do Catholic societies really exist?' *Rationality and Society*, 4(1992)/3: 261-271).
 10. Omdat de voortplanting onder onkerkelijken stagneert, neemt de onkerkelijkheid in ons land minder sterk toe dan men op grond van kerkverlatingscijfers zou verwachten (zie: C.B.S., *Onderzoek gezinsvorming 1988*, 's-Gravenhage, 1990).
 11. Dat de computer ongekennde mogelijkheden zou bieden, wordt gelogenstraft door het feit dat het na herhaalde pogingen, zowel bij de administratie van de universiteit als bij die van een bank, niet mogelijk bleek de voornaam 'Theodorus' af te korten met 'Th'.
 12. Uit de voortgaande reductie van het vak (godsdienst)sociologie aan theologische faculteiten in Nederland blijkt hoe relevant de samenleving nog is voor de theologie.
 13. Hoe sterk de autonomie van de mens is toegenomen, blijkt wel uit de volgende - ook in liturgische diensten soms voorkomende - aanpassing van het onzevader: 'Uw wil geschiedde op aarde...'

*Stellingen bij: 'Plaats en betekenis van de
godsdienst in christelijke ziekenhuizen'*

Voorwoord

De plaats en betekenis van de godsdienst in de moderne samenleving is een centraal en actueel thema in de godsdienstsociologie. Toen de verzuiling hoogtij vierde, was het belang van de godsdienst voor de Nederlandse samenleving duidelijk. Sinds de jaren zestig heeft de ontzuiling echter om zich heen gegrepen en zijn vele confessionele organisaties verdwenen. Die ontwikkelingen gingen zo snel en waren zo ingrijpend, dat men er gemakkelijk een bevestiging van de secularisatiethese in kon zien. Zo de godsdienst nog zou blijven bestaan - ook daar werd soms harop aan getwijfeld -, dan toch alleen maar in de privé-sfeer, de sfeer van het gezin en de familie, rond geboorte, huwelijk en dood. Voor de verschillende sectoren van het maatschappelijk leven zou de godsdienst op den duur nog van weinig betekenis zijn, ja zelfs volstrekt irrelevant worden.

Desondanks bestaan er nog steeds confessionele organisaties, staat het vraagstuk van de identiteit van die organisaties voortdurend op de agenda en worden er zelfs nieuwe confessionele organisaties opgericht. Onder andere daardoor wordt er steeds vaker getwijfeld aan de veronderstelde irrelevantie van de godsdienst in de moderne samenleving. Minstens voor bepaalde sectoren van die samenleving kan moeilijk ontkend worden, dat de godsdienst er van betekenis is. Onderwijs en gezondheidszorg zijn zulke sectoren.

Aan de gezondheidszorg zijn, in tegenstelling tot het onderwijs, betrekkelijk weinig godsdienstsociologische studies gewijd. De onderhavige studie, die over de plaats en betekenis van de godsdienst in (protestants-)christelijke ziekenhuizen gaat, voorziet daarom in een leemte. Het onderzoek daarnaar is gebaseerd op gegevens uit schriftelijke enquêtes en mondelinge interviews die afgenomen zijn bij ziekenhuizen die zijn (c.q. waren) aangesloten bij de Christelijke Vereniging van Ziekenhuizen en Diakonessenhuizen (CVZ), een protestantse koepelorganisatie van algemene en psychiatrische ziekenhuizen, verpleeghuizen en instellingen voor zwakzinnigenzorg. Die gegevens zijn door mij in een eerder stadium verzameld, toen ik namelijk werkzaam was bij het 'IVA, Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek van de KUB' en daar in opdracht van de CVZ onderzoek deed naar de christelijke identiteit van de CVZ-ziekenhuizen; in een onderzoeksverslag heb ik daar toen over gerapporteerd.

Toen ik destijds aan dat onderzoek begon, kon ik niet vermoeden dat daar een proefschrift uit zou voortkomen. Een benoeming als godsdienstsocioloog aan de Theologische Faculteit Tilburg (TFT) betekende tegelijkertijd de aanzet tot het schrijven van een proefschrift. De CVZ was zo vriendelijk mij toestemming te verlenen de gegevens van haar onderzoek daarvoor te gebruiken.

Zodoende zijn het drie instellingen die voor de totstandkoming van dit proefschrift voor mij van betekenis zijn geweest. De CVZ gaf destijds de onderzoeksopdracht en verleende toestemming tot heranalyse van de gegevens; het

VIII

engagement dat in de loop van de tijd ontstaan is, weerspiegelt zich daarin dat diverse ziekenhuizen 'mijn ziekenhuizen' zijn geworden. Het IVA is van betekenis gebleven door de professionele wijze waarop destijds de dataverzameling en dataverwerking hebben plaatsgevonden. En de TFT bood mij concreet de gelegenheid tot het schrijven van dit proefschrift. Hen alle ben ik daar dankbaar voor.

Dank gaat ook uit naar mijn promotores, prof. dr. R. Nauta, hoogleraar Godsdienst- en Pastoraalpsychologie aan de TFT, en prof. dr. J.H.G. Segers, hoogleraar Sociologische Onderzoeksmethoden aan de KUB en voormalig directeur van het IVA. Zij hebben mij de vrijheid geboden om, zoals van een promovendus verwacht wordt, het bewijs te leveren tot het zelfstandig beoefenen van de wetenschap. Maar op de momenten dat ik een beroep op hen deed of anderszins wanneer dat nodig was, hebben zij mij met hun deskundigheid en relativeringsvermogen terzijde gestaan.

Ook wil ik Yvonne Geraets, Agnes Hoefakker en Renée Weima met name noemen. Als student-assistent zijn zij in onderscheiden fasen tot steun geweest. En tot slot dank ik Olaf Peters voor de snelle en sympathieke wijze waarop hij de samenvatting in het Engels vertaald heeft.

Over het schrijven van proefschriften valt een proefschrift te schrijven. Degenen met wie ik mijn leven deel, Irene, Geerten en Willemijn, kunnen daar ongetwijfeld over meepraten. De ervaringen van de achterban dienen daarom bij een eventueel onderzoek naar de wederwaardigheden van promovendi en promoti betrokken te worden. Ik zal dat proefschrift evenwel niet schrijven; mijn inhoudelijke interesses liggen immers op een ander terrein. En bovendien verkies ik ten opzichte van thuis de rol van echtgenoot en vader boven die van wetenschappelijk onderzoeker.

Berkel-Enschot, april 1997

Inhoudsopgave

Voorwoord	VII
Inhoudsopgave	IX
Inleiding	1
1. Christelijke ziekenhuizen en secularisatie	6
1.1. Het begrip 'secularisatie'	6
1.2. Secularisatie en modernisering	8
1.2.1. Differentiatieproces	9
1.2.2. Toekomst van de godsdienst	11
1.2.3. Gevolgen voor het individu	13
1.3. De plaats van de godsdienst in het ziekenhuis	15
1.3.1. Godsdienst en geneeskunde	16
1.3.2. Godsdienst en ziekenzorg	21
1.4. Secularisatie en verzuiling	28
1.5. Secularisatie op individueel niveau	33
1.6. Christelijke organisaties	36
2. Probleemstelling en onderzoeksopzet	43
2.1. Probleemstelling	45
2.1.1. Organisatie	47
2.1.2. Verplegend en verzorgend personeel	49
2.2. Operationalisering	52
2.2.1. De christelijke identiteit	52
2.2.2. Relevantie van de godsdienst voor de zorgverlening	56
2.2.3. Godsdienstige opvattingen en gedragingen	58
2.3. Onderzoeksopzet	59
3. Beleid en identiteit	66
3.1. De CVZ-ziekenhuizen: enkele populatiegegevens	66
3.2. De grondslag	71
3.3. De christelijke identiteit	75
3.3.1. Werving en selectie	75
3.3.2. Opleiding en vorming	82
3.3.3. Kerkelijk-godsdienstige rituelen	86
3.3.4. Bestuur en directie en de christelijke identiteit	88
3.3.5. De christelijke identiteit: één meetinstrument	91
3.4. Christelijke identiteit, grondslag en ziekenhuissector	95
3.4.1. Identiteit en grondslag	95
3.4.2. Identiteit en ziekenhuissector	97

4.	De betekenis van de godsdienst in verpleging en verzorging	99
4.1.	De godsdienst in (opvattingen over) de verpleging en verzorging	100
4.2.	De kerkelijke betrokkenheid van het personeel	110
4.2.1.	Het godsdienstig gedrag	110
4.2.2.	De geloofsdimensie	117
4.3.	Godsdienst tussen individu en organisatie	130
5.	Samenvatting en conclusies	140
	Summary	151
	Bijlagen	155
	Literatuur	168

Inleiding

Het bestaan van christelijke ziekenhuizen is problematisch geworden, zoals dat van christelijke organisaties in het algemeen. Dat blijkt daaruit, dat vele van deze organisaties de laatste decennia zijn opgeheven of gedeconfessionaliseerd; in het geval van deconfessionalisering blijft de organisatie weliswaar bestaan, zij wordt niet opgeheven, maar komt er wél een eind aan de statutair vastgelegde confessionele grondslag. Maar ook als ze niet zijn gedeconfessionaliseerd, hebben vele organisaties aan hun confessionele grondslag de afgelopen jaren statutair of in de praktijk niettemin een andere inhoud gegeven.

Al deze veranderingen gingen op grote schaal gepaard met wat genoemd wordt 'de identiteitsdiscussie', dat wil zeggen een bezinning op het confessionele karakter van de organisatie. Allerlei artikelen, nota's en symposia zijn daar een uiting van: 'Heeft de confessionele organisatie nog een toekomst?', 'Zullen we de 'K' van katholiek laten vallen?', 'De confessionaliteit van de vakbeweging', 'Een bijdrage tot het vraagstuk van 'het katholieke' van de 'katholieke' school', 'Grondslag en toekomst van de confessionele partijen', 'KRO wat nu?' (Cornelissen en Dierick, 1973), 'Waarom een christelijke ziekeninrichting?' (CVZ, 1979), 'Christelijke organisaties in discussie' (Rijnsdorp e.a., 1979), 'Identiteit: wat doen we ermee?' (De Planque, 1984), 'De identiteit van een gereformeerd verpleeghuis' (Douma, 1987) en 'Katholieke identiteit nader bezien' (Van Zoelen, 1988).

Weliswaar ligt de hausse van dit soort publicaties aan het eind van de jaren zestig en tijdens de jaren zeventig, maar de discussie duurt voort tot op de dag van vandaag. En alle maatschappelijke sectoren hebben ermee te maken of te maken gehad: politieke partijen, het onderwijs, werkgevers- en werknemersorganisaties, de gezondheidszorg, het maatschappelijk werk, de diverse media, enz. enz. Over de discussies aan katholieke zijde is meer gepubliceerd dan over die aan protestantse kant (zie bijvoorbeeld: Van Vugt en Van Son, 1988), maar ook onder protestanten is en wordt de identiteitsdiscussie volop gevoerd. De vanzelfsprekendheid van christelijke organisaties is met andere woorden verdwenen - over wat vanzelfsprekend is, wordt immers gezwegen - en het is met name de *christelijke* kwalificatie van deze organisaties waar men vraagt: kens bij zet.

Van verzuiling naar ontzuiling

Enkele decennia geleden was dat nog heel anders. Halverwege de jaren vijftig gold Nederland als een verzuilde samenleving bij uitstek, opgebouwd uit zuilen, die men structureel zou kunnen definiëren als 'blokken van op levensbeschouwing gebaseerde organisaties' (Kruijt en Goddijn, 1962: 231). En de mate van verzuiling was na de oorlogsjaren, ondanks de 'doorbraak-gedachte' (Thurlings, 1971: 115) zelfs nog toegenomen. Naarmate die levensbeschouwelijke organisaties een grotere verscheidenheid aan maatschappelijke activiteiten omvatten, nam de kans toe dat het leven van alledag zich steeds meer ging

afspelen binnen de cultuur van de eigen levensbeschouwelijke groepering. Treffend is in dit verband de typering die de historicus Rogier gaf van de katholiek die 'niet alleen in politieke partijdiscipline zijn stem uitbrengt, op een katholieke krant, een katholiek damesmodeblad, een katholieke illustratie en een katholiek jeugdblaadje geabonneerd is, zijn kinderen van de kleuterschool tot de universiteit louter katholiek onderwijs doet genieten, maar ook in katholiek verband naar de radio luistert, op reis gaat, zijn leven verzekert, de kunst, de wetenschap en de sport beoefent' (geciteerd in: Thurlings, 1971: 2).

Hoe treffend een dergelijke omschrijving ook moge zijn, men moet haar ook niet overdrijven. Niet alle maatschappelijke terreinen waren immers even sterk verzuild (Kruijt en Goddijn, 1962: 238). En wat Rogier over de katholieken zei, kan ook gezegd worden van de gereformeerden, maar zeker niet van de hervormden; want van meet af aan bleef de hervormde zuil achter bij die van de gereformeerden. De hervormden kozen vaker voor niet-confessionele organisaties dan de gereformeerden (Kruijt en Goddijn, 1962: 242-245). Ondanks al die verschillen werd de Nederlandse samenleving toch zozeer getekend door de verzuiling, dat christelijke organisaties een vanzelfsprekendheid waren. Dat subsidiegelden van de overheid zuilsgewijs verdeeld werden, is daar wellicht nog het beste bewijs voor.

Dat wil niet zeggen dat de verzuiling onweersproken was; reeds vóór de Tweede Wereldoorlog was er al meer twijfel aan en verzet tegen de verzuiling dan algemeen wordt aangenomen (Luykx, 1986). Vanaf de jaren vijftig neemt de kritiek sterker toe en wijst men met name op de desintegrerende werking van de verzuiling: sociaal isolement aan de ene kant en wederzijdse spanningen, concurrentie en onverdraagzaamheid tussen de zuilgroeperingen aan de andere kant (Van Doorn, 1956; Kruijt en Goddijn, 1962: 259). Onderzoeken die in de jaren daarna worden gehouden, constateren dan ook een groeiende ontzuilingsmentaliteit die aanvankelijk echter nog weinig gevolgen heeft voor het feitelijk gedrag (Van Kemenade, 1968; Thurlings, 1971). Thurlings (1971: 145) verwacht evenwel, 'dat in deze toestand spoedig verandering zal komen en wel zodanig, dat de feitelijke structuur (...) zich in korte tijd bij de attitudinale verschuiving zal aanpassen'. Bij de tweede druk van zijn *De wankеле zuil* constateert hij inderdaad dat zijn verwachting 'van een op handen zijnde verandering in feitelijk gedrag (...) door de ontwikkelingen in de jaren zeventig is bevestigd' (Thurlings, 1978: 210).

Minstens bij de katholieken gaat de ontzuiling zo snel, dat het niet bij het wankelen van de zuil blijft; halverwege de jaren tachtig typeert Van Holthoorn de situatie kort en bondig met: 'De katholieke zuil is omgevallen.' Daarentegen is 'de protestantse zuil, zo krijgt men de indruk, nog intact' (Van Holthoorn, 1985: 167). In vergelijking met katholieken is dat zeker het geval, maar volgens Dekker is ook daar 'een sterke ontzuiling opgetreden, in die zin dat talloze gereformeerde of protestantse organisaties (...) zijn opgeheven' en dat het confessionele karakter binnen nog bestaande organisaties is verzwakt (Dekker, 1992: 188-189).

Godsdienst: een vergeten factor

Door die voortgaande ontzuiling gedurende de afgelopen decennia en de daarmee gepaard gaande ontzuilingsmentaliteit is het bestaan van christelijke organisaties problematisch geworden. Men zou bijna kunnen stellen dat de vroegere vanzelfsprekendheid is vervangen door een andere, namelijk dat het nagenoeg vanzelfsprekend is dat er *geen* christelijke organisaties meer bestaan. Waarom dan nog expliciet aandacht voor christelijke ziekenhuizen, zoals deze studie doet? Roept men dan niet het verwijt over zich af, dat men zich met anachronismen bezig houdt?

Er zijn minstens drie redenen om een studie te wijden aan christelijke ziekenhuizen. De eerste is dat er ondanks de ontzuiling nog steeds confessionele ziekenhuizen bestaan, en niet alleen als restant van de vroegere verzuiling. Want nog steeds worden er christelijke en katholieke ziekenhuizen opgericht, zowel in Nederland, als in landen waar het verschijnsel van de verzuiling verder onbekend is.

De tweede reden is dat een onderzoek bij christelijke ziekenhuizen nader inzicht kan geven omtrent de vraag naar de relevantie of irrelevantie van de godsdienst in de moderne samenleving. Schreuder en Van Snippenburg (1990: 14) komen op grond van het MAREN-program, een bundeling van recente godsdienstsociologische onderzoeken, tot de slotsom dat 'de religie (...) bij de beschrijving en analyse van het samen leven en samen werken in Nederland ten onrechte een vergeten factor geworden' is. Zij verwijzen in dat verband naar verschillende onderzoeken, maar wat opvalt, is dat (onderzoeken naar) confessionele organisaties daar niet in voorkomen. Ons onderzoek kan die omissie ongedaan maken.

Een derde reden, tenslotte, is dat, voorzover er sinds de Tweede Wereldoorlog door godsdienstsociologen onderzoek is verricht bij confessionele organisaties, er aan het ziekenhuiswezen nauwelijks aandacht is besteed¹. Er zijn dus goede redenen om de plaats en betekenis van de godsdienst in christelijke ziekenhuizen aan een nader onderzoek te onderwerpen.

In deze studie zullen we daartoe gebruik maken van gegevens die we reeds in 1983, in het kader van een opdrachtonderzoek, verzameld hebben bij ziekenhuizen (zowel algemene, als psychiatrische en categorale ziekenhuizen, zwakzinnigeninrichtingen en verpleeghuizen) die toen waren aangesloten bij de Christelijke Vereniging van Ziekenhuizen en Diakonessenhuizen (CVZ)². Over die gegevens hebben we destijds al gerapporteerd (Schepens, 1984), maar we zullen ze hier opnieuw analyseren voor de probleemstelling zoals we

1 Vergelijk daartoe de bibliografie van godsdienstsociologische studies in Nederland van de hand van Van Vugt en Van Son (1988).

2 De CVZ omschrijft zichzelf als 'een koepelorganisatie waarbij het merendeel der protestants-christelijke en een aantal interconfessionele instellingen voor gezondheidszorg in Nederland is aangesloten' (Boer e.a., 1993: II).

die in hoofdstuk 2 zullen uitwerken. In zekere zin gaat het daarmee om een secundaire analyse.

De keuze voor dit onderzoeksmateriaal houdt een beperking in. Strikt genomen gelden de conclusies alleen voor de onderzoeksgroep en voor het moment van onderzoek. Dergelijke beperkingen doen zich trouwens bij alle onderzoeken voor. De bevindingen die we zullen doen omtrent de plaats en betekenis van de godsdienst betreffen alleen de (protestants-)christelijke ziekenhuizen en we kunnen deze niet vergelijken met katholieke of niet-confessionele ziekenhuizen, om de simpele reden dat we die laatste niet onderzocht hebben; wel is het zo, dat we ons onderzoek hebben gehouden onder alle protestants-christelijke ziekenhuizen. En wat het moment van onderzoek betreft: wie op zoek is naar een beschrijving van de actuele stand van zaken, moet beseffen dat we die niet weergeven³, ook al zullen we aan het eind van deze studie aandacht besteden aan enkele ontwikkelingen die inmiddels hebben plaatsgevonden. De waarde van onderzoek reikt echter verder dan de afzonderlijke percentages die geleverd worden - die kunnen inderdaad betrekkelijk 'tijdgevoelig' zijn. Dat nadeel geldt minder voor de bivariate en multivariate verbanden die men vindt; maar de waarde van onderzoek is vooral gelegen in de wijze waarop het de onderzoeksvragen, geformuleerd vanuit een theoretisch kader, weet te beantwoorden.

Onderzoeksvragen

Is de godsdienst in christelijke ziekenhuizen een relevante factor? Zo zou men, kortweg, de centrale vraag van ons onderzoek kunnen formuleren. Wellicht is men geneigd die vraag op een haast vanzelfsprekende wijze in positieve zin te beantwoorden: het gaat immers om ziekenhuizen die volgens de statuten christelijk zijn. Maar onze vraag peilt verder dan wat er in de statuten staat. Het gaat er ons veel meer om, of de godsdienst in het beleid van het ziekenhuis en in het leven van alledag in het ziekenhuis een factor is die van betekenis is. Uit het feit dat veel christelijke organisaties opgeheven of gedeconfessionaliseerd zijn, kan moeilijk afgeleid worden dat de godsdienst er belangrijk was. En de secularisatiethese, waarop we in het eerste hoofdstuk uitgebreid zullen ingaan, stelt eenvoudigweg dat de godsdienst voor de verschillende maatschappelijke sectoren irrelevant is geworden. Zelfs binnen christelijke organisaties, zo constateert Dobbelaere (1979) voor België. Daartegenover staat de conclusie van Schreuder en Van Snippenburg (1990), dat de godsdienst ten onrechte een vergeten factor is geworden. De opvattingen over de (ir)relevantie van de godsdienst in de samenleving lopen dus sterk uiteen. Onderzoek is dan de aangewezen weg om daarin helderheid te verschaffen. Wij zullen, zoals gezegd, de vraag toespitsen op christelijke ziekenhuizen.

Binnen die ziekenhuizen, zo is te verwachten, zal de plaats en betekenis van

3 Overigens zijn er verschillende studies die erop wijzen, dat de grote culturele veranderingen in ons land vóór de jaren tachtig plaatsvonden (zie onder andere: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1992; Ester en Halman, 1994).

de godsdienst variëren al naar gelang het niveau of de geleding die het betreft. In overleg met de opdrachtgever is destijds besloten het onderzoek onder een tweetal geledingen te houden: de directie en het verplegend en verzorgend personeel. Het onderzoek bij de directie zou inzicht moeten geven omtrent de relevantie van de godsdienst op het niveau en in het beleid van de ziekenhuisorganisatie. De keuze voor het verplegend en verzorgend personeel hing samen met het centrale doel van ziekenhuizen: de behandeling, verpleging en verzorging van patiënten. En die keuze past binnen het theoretisch kader van ons onderzoek: de secularisatiethese. Die theorie gaat over de veranderde relatie tussen godsdienst en samenleving, tussen godsdienst en afzonderlijke maatschappelijke sectoren, in ons geval: godsdienst en gezondheidszorg, geconcretiseerd in het ziekenhuis. De vraag is nu, in hoeverre de godsdienst op het niveau waar het centrale doel van het ziekenhuis gerealiseerd wordt, een relevante factor is. Er is dus uitdrukkelijk voor gekozen om de relevantie van de godsdienst niet te koppelen aan of te zoeken in de aanwezigheid of wijze van functioneren van de geestelijk verzorger (dominee of pastor) in het ziekenhuis⁴. Neen, het gaat ons om de relevantie of betekenis van de godsdienst in het dagelijkse werk van verplegenden en verzorgenden. En we zijn dan niet alleen geïnteresseerd in een beschrijving daarvan, maar zoeken ook naar een verklaring daarvoor; met name stellen we de vraag, welke invloed het beleid en de organisatie in dit opzicht hebben op het verplegend en verzorgend personeel.

De verdere indeling van het boek ziet er nu als volgt uit. In hoofdstuk 1 wordt het theoretisch kader, de secularisatiethese, behandeld en toegepast op ontwikkelingen in de gezondheidszorg, met name het ziekenhuis. In hoofdstuk 2 komen de probleemstelling, de operationalisering en de onderzoeksopzet (inclusief een bespreking van het veldwerk) aan de orde. Hoofdstuk 3 geeft de onderzoeksresultaten weer omtrent het niveau van het beleid en de organisatie en in hoofdstuk 4 vindt men de bevindingen voor wat betreft het verplegend en verzorgend personeel. Hoofdstuk 5, tenslotte, geeft een samenvatting en de conclusies van het onderzoek.

4 Voor verdere informatie over de plaats van de Dienst Geestelijke Verzorging in de CVZ-ziekenhuizen, voorzover daarover gegevens verzameld zijn via de directie, verwijzen we naar Schepens (1987).

1. Christelijke ziekenhuizen en secularisatie

In dit hoofdstuk zullen we ingaan op de veranderde relatie tussen godsdienst en samenleving. Immers, tegen die achtergrond moet de problematiek van het christelijke ziekenhuis begrepen worden, evenals het feit dat de godsdienst een 'vergeten factor' is geworden, 'ook bij de sociologen', zoals Schreuder en Van Snippenburg (1990: 14) stellen.

Wanneer nu de relatie tussen godsdienst en samenleving aan de orde is, komt vrijwel onmiddellijk het woord 'secularisatie' ter sprake. Onze moderne samenleving, zo wordt dan gezegd, is fundamenteel geseculariseerd. De ontzuiling, waarnaar in de inleiding verwezen werd, kan inderdaad gezien worden als een gevolg of als een indicatie van het secularisatieproces (Dekker, 1987: 109; Felling, Peters en Schreuder, 1991: 71-75; Dobbelaere, 1988: 33-34). Maar ook verzuiling, precies het tegenovergestelde dus, wordt met secularisatie in verband gebracht (Dobbelaere, 1988: 25; Gabriel, 1993: 81).

Het is daarom nodig wat langer stil te staan bij het verschijnsel van de secularisatie. Wat wordt daar precies mee bedoeld? Is secularisatie een proces dat bij 'de moderne tijd' hoort? Is er wel secularisatie? Is secularisatie alleen een maatschappelijk verschijnsel of speelt zij zich ook af op individueel niveau? En wat betekent dat voor de toekomstige plaats van de godsdienst in de samenleving? En welke zijn de consequenties voor christelijke ziekenhuizen? Deze vragen zullen in dit hoofdstuk centraal staan. We beginnen met een terminologische verheldering.

1.1. HET BEGRIP 'SECULARISATIE'

De eerste keer dat het begrip secularisatie gebruikt werd, was in een politiek-juridische context, tijdens de onderhandelingen bij de Vrede van Westfalen in 1648, waar het ging om de overdracht van kerkelijke territoria en goederen naar wereldlijk beheer (Dobbelaere, 1978: 94). De huidige betekenis van secularisatie binnen de sociologie is daarmee vergelijkbaar, zij het dat het nu meer om een figuurlijke overdracht van kerk naar wereld, van het religieuze naar het seculiere domein gaat. Secularisatie en godsdienst staan als het ware tegenover elkaar. Zo definieert Dekker godsdienst als 'betrokkenheid op een andere beslissende werkelijkheid' en bijgevolg secularisatie als 'het verminderen van de betrokkenheid op een andere beslissende werkelijkheid' (Dekker, 1987: 63, respectievelijk 107). Waar secularisatie is, boet godsdienst aan betekenis in, treedt zij terug: secularisatie is 'a long-term process in modern society by which the quantum of the secular is increasing in proportion to the quantum of the sacred (Coleman, 1978: 603-604). Volgens Dobbelaere (1978: 95) is secularisatie 'een proces waarbij (...) de referentie aan het bovennatuurlijke, het heilige, het sacrale, de *andere realiteit* verloren gaat'. En Wilson (1985: 11-12) omschrijft het als 'a process of transfer of property, power,

activities, and both manifest and latent functions, from institutions with a supernaturalist frame of reference to (often new) institutions operating according to empirical, rational, pragmatic criteria'.

Deze algemene omschrijvingen lieten evenwel toe, dat het begrip secularisatie op een grote verscheidenheid aan fenomenen werd toegepast en ermee in verband werd gebracht; secularisatie werd aldus een zogenoemd 'containerbegrip', 'a hodgepodge of (...) ideas rather than a systematic theory' (Hadden, 1987: 598). Voor sommigen, onder anderen de godsdienstsocioloog Martin (1969: 22), was dat aanleiding ervoor te pleiten de term secularisatie uit het sociologisch woordenboek te verwijderen. Een dergelijk pleidooi heeft doorgaans weinig effect.¹ Beter lijkt het in zo'n geval te komen tot een systematisering van processen en verschijnselen die met secularisatie worden aangeduid en de onderlinge verbanden daartussen aan te geven. Dat is wat in eerste instantie door Shiner (1967) is gedaan: hij onderscheidde een zestal typen definities van secularisatie, waarvan er drie aan elkaar gerelateerd konden worden. Andere systematiseringen zijn van de hand van Coleman (1978) en Tschannen (1991).

Drie dimensies van secularisatie

De Belgische godsdienstsocioloog Dobbelaere (1981) is op die weg verder gegaan en kwam tot een drietal dimensies van secularisatie, afhankelijk van het niveau dat aan de orde is: de samenleving (macro-niveau), de kerkelijke organisatie (meso-niveau) en het individu (micro-niveau). In feite wordt het begrip secularisatie door sociologen toegepast op verschijnselen die zich op elk van deze drie niveaus afspelen. En er kan grote verwarring ontstaan, als men die niveaus niet nader onderscheidt. Door secularisatie bovendien een *multi-dimensioneel* begrip te noemen, geeft Dobbelaere aan, dat secularisatie op het ene niveau geenszins secularisatie op het andere niveau impliceert; een eventuele samenhang tussen de diverse dimensies zal empirisch moeten worden vastgesteld.

Ter wille van de duidelijkheid hanteert hij voor elk van die niveaus een specifieke term. Secularisatie op samenlevingsniveau noemt hij 'laïcisering', op het niveau van de kerkelijke organisatie 'godsdienstige verandering' en op het individuele niveau spreekt hij van 'verminderde godsdienstige betrokkenheid'; het begrip 'secularisatie' gebruikt hij alleen nog wanneer niet expliciet een van de drie niveaus aan de orde is. Met de term laïcisering bedoelt hij 'dat de godsdienst een subsysteem geworden is naast andere subsystemen en dus niet langer als een overkoepelend zingevingssysteem geldt' (Dobbelaere, 1988: 13). De term 'godsdienstige verandering' (religious change) reserveert hij voor

¹ Hetzelfde ziet men gebeuren bij het begrip 'sekte': een - in het dagelijkse spraakgebruik - negatief geladen term, die wordt toegepast op verschillende soorten godsdienstige groeperingen, regelmatig tot misverstanden aanleiding geeft, maar desondanks en ondanks pleidooien ervan af te zien toch binnen de sociale wetenschappen wordt gehanteerd.

veranderingen in het godsdienstig subsysteem zelf, voorzover die neerkomen op aanpassing (adjustment, conformity) van de kerk aan de wereld of aan wereldlijke waarden (Dobbelaere, 1981: 8-12); het is voor dit proces dat Luckmann (1967: 37) het begrip 'interne secularisatie' introduceerde. Op individueel niveau verwijst de door Dobbelaere gehanteerde term naar de afname zowel in kerkelijke participatie als in geloofsopvattingen en daarmee is zij indicatief voor de mate van normatieve integratie in de kerk.

De introductie van deze driedeling heeft de discussie over het secularisatiebegrip niet doen verstommen. Zo heeft Dekker, die zich aanvankelijk bij deze driedeling aansloot (1987: 109), recentelijk betoogd dat er slechts twee typen van secularisatie zijn: op het niveau van het individu en dat van de samenleving. Het lijkt hem beter de aanpassingen van de kerk te zien als een *reactie* op de beide secularisatieprocessen dan ze te typeren als secularisatie. Immers, zo betoogt hij, soms zullen die aanpassingen het secularisatieproces in de samenleving en bij individuen versterken, maar op andere momenten juist tegenwerken (Dekker, 1995: 86)². En ook Dobbelaere (1988: 10-11) zelf heeft later zijn terminologie nog wel eens veranderd. Maar ondanks dat alles heeft het secularisatiedebat wel aan helderheid gewonnen, juist doordat men de dimensionaliteit van het verschijnsel duidelijker is gaan onderkennen en de termen van Dobbelaere overneemt of eraan refereert.

1.2. SECULARISATIE EN MODERNISERING

'Fundamenteel verwijst het seculariseringsproces naar veranderingen in het sociaal systeem: het is de samenleving die seculariseert' (Dobbelaere, 1988: 45). Of, zoals Wilson (1982: 150) het uitdrukt, 'religion ceases to be significant in the working of the social system'. Secularisatie dient, in de terminologie van Dobbelaere, primair begrepen te worden als laïcisering en de andere

2 Over de argumentatie van Dekker valt te twisten. Immers, de belangrijkste reden voor Dekker om de veranderingen in de Gereformeerde Kerken in Nederland tijdens de afgelopen 40 jaar (Dekker, 1992) niet als een vorm van secularisatie te zien, is daarin gelegen dat volgens hem grote groepen gereformeerden hun kerk trouw konden blijven dank zij de aanpassingen in hun kerk aan de moderne tijd. Dekker constateert daarmee met andere woorden, dat secularisatie op het niveau van de kerkelijke organisatie in dit geval niet samengaat met secularisatie op individueel niveau. Welnu, juist de multi-dimensionaliteit van secularisatie laat dat toe: soms zal er samenhang zijn tussen de betreffende niveaus, maar andere keren weer niet; men kan daar niet per definitie vanuit gaan. Bovendien: volgens Dobbelaere (1988: 10) zijn het niet alleen de kerken die reageren op de laïcisering van de samenleving, maar doen individuen dat ook, namelijk door middel van veranderingen in hun kerkbetrokkenheid. Zo beschouwd zou het begrip secularisatie nog alleen van toepassing zijn op macro-niveau; dat is waar bijvoorbeeld Wilson (1976) voor pleit.

vormen van secularisatie zijn ten opzichte daarvan secundair; ze zijn er een eventueel gevolg van. In een gesecculariseerde samenleving is godsdienst geen overkoepelend zingevingssysteem meer, maar een subsysteem naast de andere subsystemen. Dit komt neer op 'beperking van de reikwijdte van de godsdienst', zoals Dekker (1987: 109) deze vorm van secularisatie omschrijft, of op toenemende autonomie voor de overige subsystemen (Tschannen, 1991: 407). In vroegere samenlevingen was godsdienst een alles overkoepelend, een 'hemels baldakijn' (vgl. Berger, 1969a), haar invloed reikte tot in alle sectoren van het maatschappelijk leven, zij oefende op alles controle uit (Wilson, 1976: 9). De huidige situatie is daar ver van verwijderd: 'Few religious beliefs or practices are involved in the way we plant our crops, plan our economies, or treat our illness' (Coleman, 1978: 609). Secularisatie is daarmee een proces dat kenmerkend is voor de overgang van een traditionele naar een moderne samenleving; secularisatie is een onderdeel van het moderniseringsproces.

1.2.1. Differentiatieproces

Kenmerkend voor de modernisering is het proces van functionele differentiatie. Dat komt erop neer, dat in de loop van de geschiedenis de verschillende sectoren van het maatschappelijk leven, die in een traditionele samenleving op een diffuse wijze met elkaar verbonden zijn, zich verzelfstandigen. Voorbeelden daarvan zijn de scheiding van kerk en staat en de invoering van een onafhankelijke rechterlijke macht, waarvoor Montesquieu zozeer gepleit had in zijn uiteenzettingen over de 'trias politica'. Deze beide voorbeelden zijn typerend voor de Verlichting. Vandaar dat men dat tijdperk vaak als een doorbraak van de moderne samenleving ziet. Anderen gaan verder terug in de geschiedenis en zien in de opkomst van de handel en van de (handels)steden, zo'n zeven eeuwen geleden, het ontluiken van de moderniteit. Over het beginpunt van de moderne samenleving bestaat dus verschil van mening, maar dat er zoiets is als een moderne samenleving die gekenmerkt wordt door relatief autonome deelsectoren of subsystemen, in tegenstelling tot een pre-moderne of traditionele samenleving waar van een dergelijke uitsplitsing nog geen sprake was, daarover bestaat grote consensus. Die differentiëring is overigens niet voor alle sectoren gelijktijdig begonnen, noch overal voltooid of even ver voortgeschreden. Doorgaans worden de economie en de politiek gezien als de subsystemen die zich het eerst zijn gaan verzelfstandigen, gevolgd door de wetenschap die de noodzakelijke kennis moest leveren voor het bedrijven van economie en politiek. De medische sector is, zoals we nog zullen zien, pas later tot ontwikkeling gekomen.

Het differentiatieproces voltrekt zich tegelijkertijd in structureel en in cultureel opzicht. De subsystemen ontwikkelen hun eigen instellingen en organisaties, maar ook eigen waarden, normen en doeleinden. Zo bestaat de politieke structuur in ons land uit een heel stelsel van politieke partijen, kieskringen, kamers, gedeputeerde staten en gemeenteraden, ministerraad, colleges van gedeputeerden en van B & W, allerlei adviesorganen en commis-

sies en ambtenaren die betrokken zijn bij de voorbereiding en uitvoering van de politieke besluiten. Het politieke domein kent ook een eigen cultuur, die zich onderscheidt van die in andere domeinen. Zo gaat het in de politiek om de macht om besluiten te nemen en deze ten uitvoer te brengen. In onze samenleving verloopt dat proces via democratische regels, waarbij open(baar)-heid en overleg belangrijke waarden zijn. De wetenschap kent weer andere organen en haar belangrijkste doelstelling is het verwerven van kennis. Daartoe heeft de wetenschap haar eigen methoden, onder andere het experiment. Men kan niet ongestraft de waarden en normen van het ene subsysteem overhevelen naar het andere, bijvoorbeeld de uitslag van onderzoek langs democratische weg bepalen. In die zin zijn de subsystemen ook in cultureel opzicht relatief autonoom. Voor die culturele differentiatie die aldus ontstaat, gebruikt men ook wel de begrippen 'culturele pluralisering' of simpelweg 'pluralisering'.

Voor de godsdienst heeft dit differentiatieproces grote gevolgen. Immers, in een traditionele samenleving neemt de godsdienst een centrale plaats in. 'Everyday life was deeply influenced, and sometimes completely organized, with respect to a realm of transcendental suppositions' (Wilson, 1982: 151). Hoe er geleefd moest worden, werd in hoge mate vanuit die veronderstelde bovennatuurlijke bron bepaald. Dat de kerk in de Middeleeuwen bijvoorbeeld het renteverbod kon uitvaardigen en opriep ten oorlog en dat het legitiem werd geacht dat zij dat deed, is daar een goede illustratie van. In een moderne samenleving is aan die centrale invloed van godsdienst en kerk een eind gekomen. 'Religion has lost its presidency over other institutions' (Wilson, 1985: 15). Dit gaat gepaard met veranderingen in de culturele sfeer; de traditionele, transcendentie levensbeschouwelijke oriëntatieschema's verliezen steeds meer aan prestige en maken in toenemende mate plaats voor seculiere, specifieke en calculeerbare doeleinden. 'Voor het bovennatuurlijke, mysterieuze, magische en onberekenbare is als bepalende factoren voor het handelen steeds minder plaats in deze gedesacraliseerde wereld van rationeel-causale verklaringen, planning en technische manipulatie' (De Hart e.a., 1983: 3).

Het bovenstaande is een 'ideaaltypische' weergave van de kern van het moderniseringsproces en de gevolgen daarvan voor de godsdienst. Een ideaaltypische term die van Weber afkomstig is, heeft niets met idealen van doen - het is geen normatief geladen begrip -, maar met ideeën. Het 'is een gedachtenconstructie waarin een aantal kenmerken is samengebracht om een bepaald historisch fenomeen te karakteriseren en met andere te vergelijken' (Dobbelare en Laeyendecker, 1974: 32). Het is geen getrouwe weergave van de werkelijkheid; sommige kenmerken uit de werkelijkheid worden overdreven, andere weggelaten. De zin daarvan is dat wij bepaalde samenhangen in de overstelpende hoeveelheid sociale verschijnselen kunnen zien en begrijpen en in staat gesteld worden bepaalde verwachtingen te koesteren omtrent toekomstige ontwikkelingen (Goddijn e.a., 1971: 154). Nog afgezien van de vraag of er ooit een ideaaltypische traditionele samenleving heeft bestaan, zonder enige

vorm van differentiatie, is het twijfelachtig of de ideaaltypische moderne samenleving ooit werkelijkheid kan worden; de huidige West-Europese samenleving is daar althans nog ver van verwijderd (Chaves & Cann, 1992; Stark & Iannaccone, 1994: 239). Desondanks kan gesteld worden dat de ontwikkelingen die zich de laatste eeuwen hebben voorgedaan, over het algemeen meer in de richting van een (ideaaltypische) moderne samenleving gaan dan van een traditionele. Evenzo zijn er op het gebied van de godsdienst, ondanks dat er ook tegentendensen zijn, toch zoveel aanwijzingen³ dat het terecht is te spreken van secularisatie op het niveau van de samenleving (Dekker, 1975: 51).

1.2.2. Toekomst van de godsdienst

Het ligt voor de hand in het verlengde hiervan te vragen naar de toekomstige plaats van de godsdienst in een moderne samenleving. Het meest radicale antwoord wordt gegeven door degenen die stellen dat de godsdienst gedoemd is om uit te sterven. Weliswaar is dat niet op korte termijn te verwachten, maar de vooruitgang in de wetenschap en de toename van het opleidingsniveau zullen uiteindelijk de ondergang van de godsdienst bewerken (Wallace, 1966; Staak, in een interview met B. Bukman in *HP/De Tijd* van 23 april 1993). De opvatting van Wilson (1976: 116) komt daar aanvankelijk dicht bij in de buurt: 'Religions are always dying', een stelling die volgens Coleman (1978: 615) neerkomt op een 'long-range asymptotic⁴ decline in religion'. In latere publicaties betoogt Wilson (1985; 1987) daarentegen dat secularisatie van het sociaal systeem geenszins impliceert dat de godsdienst, 'conceptions of the supernatural', noch de georganiseerde godsdienst zullen verdwijnen; alleen de meest verstokte secularisten konden ooit tot zo'n conclusie komen.

Daarmee is nog niet aangegeven op welke wijze de godsdienst zich handhaaft. Sommigen stellen dat de godsdienst zich, evenals de politiek en de economie, specificeert in een relatief autonoom subsysteem. Kaufmann (1979:

3 Concrete recente voorbeelden zijn het besluit om met ingang van het jaar 2000 de lutherse kerk in Zweden de positie van staatskerk met de daaraan verbonden privileges te ontnemen, de crucifixen-kwestie in Beieren, het echtscheidingsreferendum in Ierland en de afschaffing van het ambtsgebed in de Provinciale Staten van Utrecht en Noord-Brabant. Dat laatste is een direct gevolg van de gewijzigde krachtsverhoudingen in die Provinciale Staten na de recente verkiezingsnederlagen van het CDA. Alleen in de provincie Limburg bestaat het ambtsgebed nu nog. Tegentendensen zijn vooral in moslimlanden waar te nemen. Dat heeft de vraag doen rijzen, of secularisatie vooral een westers verschijnsel is. Daartegenover wordt door anderen, in de lijn van het secularisatiemodel, verondersteld dat het hier slechts om tijdelijke tegentendensen gaat, die op den duur niet bestand zullen blijken te zijn tegen de voortschrijdende modernisering (zie bijvoorbeeld Wilson, 1985: 16).

4 De wiskundige term voor een kromme die een rechte lijn nadert.

100-101) spreekt hier van verkerkelijking van de godsdienst: de kerk wordt het specifieke domein waar de godsdienst zich manifesteert. Op het niveau van de samenleving behoudt ze daarmee een plaats, maar die is wel veel marginaler dan de vroegere centrale plaats die ze innam. De godsdienst wordt in die zin in toenemende mate gemarginaliseerd (Peters, 1993: 13).

Anderen stellen dat secularisatie leidt tot privatisering van de godsdienst; het is de private sfeer waar de godsdienst voortleeft (Wilson, 1985: 19-20). Shiner betoogt dat het secularisatieproces (in de betekenis van laïcisering) op termijn zal resulteren in een religie 'van zuiver innerlijke aard, die geen invloed uitoefent op instituties of organisaties, en een samenleving waarin de religie niet treedt buiten de sfeer van de religieuze groep' (Shiner, 1967; 1974: 260). Volgens deze visie emigreert de godsdienst als het ware uit de samenleving. Haar plaats is niet meer het publieke domein, waartoe men de politiek, de economie, de wetenschap, het rechtswezen en dergelijke rekent, maar het privé-domein van familie en buurt. Over de grenzen tussen het publieke en het privé-domein kan getwist worden; Laeyendecker (1991: 17) bijvoorbeeld rekent ook de school tot het privé-domein en Dekker (1977: 16) stelt dat de grenzen tussen de private en de publieke wereld niet objectief vastliggen, maar verschillend zijn bij verschillende personen. Maar afgezien daarvan heerst vrij algemeen de opvatting, dat het moderniseringsproces tevens leidt tot het ontstaan van een scheiding tussen een publiek en een privé-domein. En de godsdienst trekt zich tijdens dat proces terug uit de publieke sferen en vestigt zich in het privé-domein. Ook in deze visie verdwijnt de godsdienst dus niet; zij is namelijk relevant voor de privé-sfeer. Dat is wat bedoeld wordt met privatisering van de godsdienst. Tegelijkertijd is zij daarmee 'irrelevant voor institutionele contexten buiten de privé-sfeer' (Berger, 1969a: 150).

De ontwikkelingen in de wetenschap en de plaats van de theologie daarin vormen een aardige illustratie van het voorafgaande. Toen rond 1200 de universiteiten ontstonden, was dat op zich een teken van functionele differentiatie: wetenschap werd een apart domein, beoefend door specialisten in afzonderlijke instituten met eigen doeleinden en normen, waarvan die van de 'academische vrijheid' hoog in het vaandel zou komen te staan. Natuurlijk waren de universiteiten van destijds in weinig nog vergelijkbaar met die van thans. Theologie gold als de belangrijkste wetenschap en werd niet voor niets aangeduid als 'de koningin der wetenschappen'. De andere wetenschappen waren daar min of meer ondergeschikt aan. Zo kreeg de filosofie de titel van 'ancilla theologiae' en toen Galilei het astronomisch en tegelijkertijd godsdienstig perspectief van de bijbel en van zijn tijd aantastte, kreeg hij het aan de stok met de kerk.

Inmiddels hebben die wetenschappen zich ontworsteld aan de invloed van kerk en theologie. Er zijn nieuwe wetenschappen ontstaan en binnen al die wetenschappen is de functionele differentiatie voortgeschreden door het ontstaan van de disciplines. En de theologie geldt allang niet meer als de 'koningin der wetenschappen'. Een restant daarvan is weliswaar nog te vinden

in de officiële statistieken van het Centraal Bureau voor de Statistiek, die bij de rubricering van de wetenschappen meestal beginnen met de theologie. Maar op grond van studentenaantallen, formatieplaatsen en beschikbare budgetten zijn het andere wetenschappen die er 'koninklijker' voorstaan dan de theologie. Want terwijl de studentenaantallen tot voor kort over de hele linie nog toenamen, namen die aan de theologische faculteiten voortdurend af (Schepens, 1989: 134; Smits, 1992: 555). Een ministeriële commissie onder voorzitterschap van oud-minister H. Vonhoff heeft onlangs in het rapport *Men weegt Kaneel bij 't lood* (1995) de noodklok geluid en gepleit voor structurele overlevingskansen voor de geesteswetenschappen, waaronder de theologie. In de afgelopen eeuwen waarin het moderniseringsproces een aanvang nam en voortschreed, is de theologie van een centrale wetenschap onmiskenbaar een marginale geworden.

1.2.3. Gevolgen voor het individu

Het hierboven geschetste differentiatieproces heeft, behalve voor de plaats van de godsdienst in de samenleving, ook voor het individu verstrekkende gevolgen, zowel in structureel als cultureel opzicht. Voor wat de structuur betreft, kan gewezen worden op de aard van de relaties tussen individuen. Differentiatie gaat namelijk hand in hand met arbeidsverdeling en specialisatie, ook binnen de afzonderlijke subsystemen. Als gevolg daarvan raken de taken die daar verricht moeten worden, in hoge mate gefragmenteerd. Om desondanks de doeleinden te kunnen bereiken is een nauwkeurig samenspel noodzakelijk. Men is op elkaar aangewezen; echter niet als persoon, maar in functie van het doel dat men nastreeft. In een moderne samenleving is een groot deel van de relaties tussen individuen derhalve functioneel van aard, formeel, utilitair en positioneel bepaald (Dobbelaere, 1978: 101). In vergelijking met traditionele samenlevingen zijn 'persoonlijke, totale en duurzame relaties "van aangezicht tot aangezicht" sterk gereduceerd' (Dobbelaere, 1988: 15).

Nu is het verleidelijk de modernisering te schetsen als een proces dat verloopt van een traditionele samenleving met vooral persoonlijke relaties naar een moderne met vooral functionele relaties. Dat is wat in het verleden onder anderen Tönnies heeft gedaan aan de hand van zijn begrippenpaar 'Gemeinschaft' en 'Gesellschaft'. Daarmee had hij twee typen samenlevingen op het oog. De 'Gemeinschaft' is een ideaaltypische omschrijving van een samenleving waar do ut des-verhoudingen ontbreken en waar persoonlijke verhoudingen en offervaardigheid kenmerkend zijn voor de onderlinge betrekkingen. In de 'Gesellschaft' heersen daarentegen do ut des-verhoudingen, zijn de relaties tussen de mensen onpersoonlijk en formeel van aard en worden de onderlinge verhoudingen gekenmerkt door egocentrisme. In een traditionele samenleving zijn de relaties volgens Tönnies meer 'gemeinschaftlich', in een moderne meer 'gesellschaftlich' van aard.

Kruijt (1968) heeft deze opvatting uitvoerig bekritiseerd. Op basis van een groot aantal etnologische onderzoeken bij primitieve volken, historische

gegevens over Middeleeuwse boerendorpen en sociografisch materiaal van pas uit hun isolement gehaalde agrarische dorpen komt hij tot de conclusie dat Tönnies de traditionele samenlevingen geromantiseerd heeft en dat de feiten de zwart-wit tegenstellingen die Tönnies creëert, weerspreken. Ook in vele traditionele samenlevingen komen do ut des-verhoudingen voor en bestaan onpersoonlijke en zakelijke verhoudingen. Kruijt verwijst onder andere naar studies over Indianen, Bantoe-negers, Melanesiërs en Eskimo's en voor wat ons eigen land betreft naar publicaties over het leven van weleer in de Kempen, in Drenthe, Overijssel, de Veluwe en Groningen. Vooral dat huwelijken vroeger veel meer dan nu op zakelijke gronden gesloten werden, pleit volgens Kruijt tegen de door Tönnies veronderstelde 'Gemeinschaft'. 'Als er iets het dichtst (het ideaaltipe van de 'Gemeinschaft') benadert, is dat paradoxalerwijze het gezin van het tijdvak van de 'Gesellschaft' (Kruijt, 1968: 193). Kortom, de begrippen 'Gemeinschaft' en 'Gesellschaft' zijn niet geschikt om het verschil tussen traditionele en moderne samenlevingen te typeren. Wel zou men met Dekker kunnen zeggen, 'dat vroeger Gemeinschafts- en Gesellschafts-elementen meer gezamenlijk voorkwamen, terwijl ze nu - als gevolg van het differentiatieproces - meer in afzonderlijke vormen van gemeenschappen en maatschappelijke verbanden voorkomen' (Dekker, 1987: 113), namelijk meer 'gesellschaftliche' verhoudingen in wat tot het publieke domein behoort en meer 'gemeinschaftliche' verhoudingen in wat men tot de privé-sfeer kan rekenen.

Differentiatie en specialisatie hebben voor het individu ook gevolgen in de culturele sfeer. Specialisatie impliceert dat de frequentie en intensiteit waarmee mensen participeren aan de diverse sectoren of segmenten van de samenleving, verschillend is. Daarmee bevinden ze zich volgens Laeyendecker (1989: 9) als het ware in toenemende mate in onderscheiden culturele werelden. De waarden, normen en doeleinden die mensen zich eigen maken en erop nahouden, kunnen bijgevolg heel verschillend zijn. Er is dus niet alleen op het niveau van de samenleving sprake van een culturele pluraliteit, zoals we hierboven in paragraaf 1.2.1. zagen, maar ook op het niveau van het individu. Daar komt bij dat die culturele pluraliteit zich niet alleen *tussen* individuen voordoet, maar zich ook *binnen* individuen manifesteert (Dekker, 1987: 121). Dat komt omdat mensen aan meer dan één samenlevingssector deelnemen; ze zijn bijvoorbeeld tegelijkertijd werknemer, lid van een vakbond, spaarder bij een bank, stemgerechtigde, vader en aangesloten bij een kerk. Daardoor worden ze geconfronteerd met een veelheid en verscheidenheid aan waarden, die niet altijd even gemakkelijk te verenigen zijn. Rolconflicten liggen dan voor de hand. Hoe die ook opgelost worden, de identiteit van de moderne mens kan niet anders dan een plurale identiteit zijn.

Wanneer mensen aan meer dan één samenlevingssector participeren, heeft dat tot gevolg dat zij zich met geen daarvan volledig kunnen identificeren. Hun participatie en bijgevolg hun identificatie worden partieel. Omgekeerd kan geen van de sectoren een volledige claim leggen op de betreffende

individuele motieven en behoeften, maar structureel verankerd is in de functionele differentiatie.

Ook op het gebied van de godsdienst is die keuzevrijheid toegenomen. Godsdienstvrijheid is derhalve essentieel voor een moderne samenleving, met tweërlei gevolgen; enerzijds staat het mensen vrij te kiezen uit welke godsdienst dan ook, anderzijds kunnen ze ervoor kiezen zich te distantiëren van iedere vorm van godsdienst. Zowel het godsdienstig pluralisme, als onkerkelijkheid en atheïsme zijn daarmee inherent aan de moderne samenleving. Over de samenhang tussen die twee lopen de meningen sterk uiteen; zo stelt Berger (1969a: 168-169) dat het godsdienstig pluralisme tot toenemende onkerkelijkheid leidt, terwijl Finke en Stark (1988), Stark (1992), Stark en McCann (1993) en Stark en Iannaccone (1994) juist het tegendeel betogen. Maar terwijl Berger zijn veronderstelling empirisch niet onderbouwt, doen Stark en zijn collegae dat wél.

In paragraaf 1.2.2. hebben we de plaats en betekenis van de godsdienst in de moderne samenleving nader ingekleurd met de begrippen 'marginalisering' en 'privatisering'. We kunnen dezelfde begrippen ook gebruiken om de plaats en betekenis van de godsdienst voor het individu aan te geven. Marginalisering komt er dan op neer dat de bijdrage van de godsdienst aan de identiteit van het individu, die - zoals we gezien hebben - een plurale identiteit is, steeds minder van betekenis wordt. En privatisering betekent dan dat de godsdienst steeds minder relevant is voor het handelen van het individu in de publieke sfeer. De betekenis van de godsdienst reikt voor het individu niet verder dan zijn privé-sfeer; de reikwijdte is met andere woorden beperkt. Anderen zullen hier eerder het begrip 'saillantie' gebruiken (Moberg, 1982; Felling, Peters, Schreuder, 1986: 44).

1.3. DE PLAATS VAN DE GODSDIENST IN HET ZIEKENHUIS

In het voorafgaande is in grote lijnen een schets gegeven van het secularisatiemodel. Zoals we hebben aangegeven, ging het daarbij om een 'ideaaltype', niet een getrouwe weergave van de werkelijkheid, maar een model dat de belangrijkste kenmerken van een verschijnsel in een zinvolle samenhang bijeenbrengt. De vraag die we ons nu stellen, is of de historische ontwikkelin-

gen met betrekking tot het ziekenhuis overeenkomstig dat model zijn te duiden.

Het hedendaagse ziekenhuis is te typeren als een gespecialiseerde instelling voor medisch onderzoek en behandeling en voor verpleging en verzorging. Het is met andere woorden een instelling waar geneeskunde en ziekenverpleging zijn geïntegreerd. In die vorm bestaat het pas sinds zo'n 150 jaar. In de tijd daarvoor lag het werkterrein van de medicus in hoofdzaak buiten het ziekenhuis. Zieken die dat betalen konden, werden zo veel mogelijk thuis behandeld; artsen werkten vooral voor de welgestelden. Arme zieken waren aangewezen op de gasthuizen, waar bij tijd en wijle - in de loop van de tijd overigens in toenemende mate - door artsen visite werd gelopen. Die gasthuizen herbergden niet alleen arme zieken, maar fungeerden als opvangcentra voor een ruimere categorie mensen die verzorging nodig hadden.

De geschiedenis van de geneeskunde is zodoende een andere dan de geschiedenis van de ziekenverpleging (Van der Heyden, 1994: 11-12). De twee komen pas in het moderne ziekenhuis bij elkaar, als door allerlei medisch-technische ontwikkelingen (zoals de narcose, de invoering van de antisepsis en met name de asepsis - beide gericht op het voorkomen van infectie, voornamelijk van wonden - en de toepassing van de röntgentechniek) het eigenlijk niet meer doenlijk is, ook niet voor de welgestelden, om bepaalde ingrepen nog buiten het ziekenhuis te ondergaan (Van der Heyden, 1994: 62). De geschiedenis van de ziekenverpleging is terug te vinden in de voorlopers van het huidige ziekenhuis: de gasthuizen en andere opvanghuizen voor noodlijdenden (dolhuizen, leprozerieën, pesthuizen, godshuizen, xenodochia en dergelijke).

De vraag of de historische ontwikkelingen voor wat betreft het ziekenhuis zijn te duiden overeenkomstig het secularisatiemodel, valt derhalve in twee deelvragen uiteen: die naar de verhouding tussen godsdienst en geneeskunde en die naar de betekenis van de godsdienst voor het ziekenhuis en zijn voorlopers. We zullen deze nu achtereenvolgens behandelen. Daarbij gaat het ons niet om een complete en gedetailleerde geschiedschrijving; de weergave van de feiten zal schematisch en schetsmatig blijven en worden gestuurd vanuit de vraagstelling naar het verloop van de secularisatie.

1.3.1. Godsdienst en geneeskunde

De klassieken

De geneeskunde laat men wel beginnen bij Hippocrates, die rond 400 vóór Christus leefde in het oude Griekenland; hem komt de titel 'vader der geneeskunde' toe. Zijn verdienste 'voor de geneeskunde ligt daarin dat hij haar bevrijdde van de irrationaliteit van mystiek en bijgeloof en grondvestte op de redelijk verwerkte waarneming' (Lindeboom, 1971: 46). Een dergelijke ontwikkeling was pas mogelijk in het kielzog van en parallel lopend aan wijsgerige ontwikkelingen. Tevoren, maar ook nog lang daarna, waren ziekte en geneeskunst (de praktische behandeling van ziekte) zeer sterk verbonden

met de godsdienst. Ziekte werd gezien als veroorzaakt door goden of door demonen die bezit namen van het lichaam. Om daarvan bevrijd te worden dienden de goden gunstig gestemd te worden of moesten de demonen verdreven worden. De aangewezen personen daarvoor waren de priesters, midde-laars tussen de godheid en de mens, en met name die priesters die afstamden van Asklepios, de god der geneeskunde. De Grieken kenden speciale plaatsen, heiligdommen, waar die priesters hun genezend werk verrichtten: de Asklepi-eia. De sacerdotale geneeskunst werd onder andere via de tempelslaap (een soort roes of collectieve hypnose) verricht. De zieken dienden zich daarop voor te bereiden door gebed en vasten, reiniging en geslachtelijke onthouding. Vervolgens werden zij met behulp van welriekende geuren en zachte muziek in een diepe slaap gebracht, die wel een etmaal kon duren. In de droom verscheen dan de genezing brengende godheid (Lindeboom, 1971: 41).

Het is met name Hippocrates geweest, die een aanzet heeft gegeven tot een zelfstandige geneeskunde. Bij hem, zou men kunnen zeggen, begint de functionele differentiatie voor wat betreft de geneeskunde. Dat wil niet zeggen dat voor Hippocrates de goden onbelangrijk zouden zijn geworden. Integen-deel, hij begint zijn beroemde eed immers met het aanroepen van Apollo, Asklepios en andere goden. Het afleggen van die eed is daarmee te beschouwen als 'een sacrale handeling waarin de jonge arts zich stelt onder het oordeel der goden, wier sanctie hij bij schending van zijn belofte aan het einde over zich roept' (Lindeboom, 1971: 50). Maar om inzicht te verwerven in fysiologische processen en in de aard en het verloop van een ziekte hoeft men geen beroep op de goden te doen; daarvoor zijn observatie en onderzoek geschiktere methoden. Na Hippocrates zijn het Alexandrijnse geleerden en Romeinen, niet zelden met een Griekse achtergrond, die een imposante medische kennis weten op te bouwen. Dat blijkt wel daaruit, dat verschillende medische inzichten van de klassieken tot in de 16e eeuw onaangetast bleven. Het voorlopig hoogtepunt en tegelijk eindpunt van de klassieke geneeskunde wordt bereikt tijdens de tweede eeuw na Christus, in de persoon van Claudius Galenus (130-200).

Ondanks de bewondering die men voor de klassieke geneeskunde kan hebben, was haar kennis toch ook weer zeer beperkt en had zij op veel ziekten geen afdoend antwoord. Daar kwam bij dat zij, voorzover in de praktijk toepasbaar, slechts een beperkte groep ten goede kwam, zoals vorsten, vooraanstaanden en rijken. Daarnaast kenden de Romeinen speciale instellingen waar gewonde soldaten en slaven behandeld werden; hun herstel werd uit nuttigheidsoverwegingen wenselijk geacht voor de verdediging van het imperium of de voortgang van het maatschappelijk leven. In tweevoudige zin had de klassieke geneeskunde dus haar beperkingen. Velen konden er geen gebruik van maken en voor wie dat wel kon, lag genezing niet altijd in het verschiet. Het is daarom niet verwonderlijk, dat veel zieken zich destijds, maar ook nu nog, bleven en blijven wenden tot de godsdienst (God, goden, priesters en heiligen), tot de magie en tot kwakzalvers in de hoop op genezing. De geneeskunde mag zich derhalve 'bevrijd hebben van de irrationaliteit' en

zich in toenemende mate verzelfstandigd hebben ten opzichte van de godsdienst, dat wil nog niet zeggen dat ook zieken daarmee de godsdienst als irrelevant zijn gaan beschouwen voor hun genezing.

Het christendom

Vanaf de derde eeuw, als het Romeinse imperium over zijn hoogtepunt heen is, stagneert de ontwikkeling van de medische wetenschap, zeker in het westen. Het christendom heeft wat dit betreft de fakkel niet overgenomen. Weliswaar had het van meet af aan een bijzondere affiniteit met de zieke medemens, maar tegelijkertijd stond het zeer gereserveerd tegenover de geneeskunde. In de ogen van de christenen was de redding van de ziel immers belangrijker dan de genezing van het lichaam. Bovendien werd ziekte, in het verlengde van de Joodse traditie waarin het christendom geworteld was, gezien als een straf van God. En 'het lijden moest worden aanvaard als een gave Gods, een lot en degene die dit lot trof moest dit in blijdschap aanvaarden en dragen' (Van der Heyden, 1994: 22). Evenzo bestond bij hen 'de gedachte dat alle heil en genezing uitsluitend door goddelijke tussenkomst tot stand kwam' en dat de mens geen invloed kon uitoefenen op de genezing (Van der Heyden, 1994: 21). Die ambivalente houding komt men ook tegen in de regel van Benedictus voor zijn monniken; aan de ene kant moedigde hij hen aan voor de zieken te zorgen, aan de andere kant verbood hij hen de medicijnenstudie, omdat hij geloofde dat genezing uitsluitend door Gods genade tot stand kon komen (Van der Heyden, 1994: 25). Dat een dergelijk klimaat weinig stimulerend is geweest voor de verdere ontwikkeling van de geneeskunde, moge duidelijk zijn.

Die remmende werking van het christendom heeft in feite geduurd tot in de 16e eeuw, tot de opkomst van de renaissance. Wel ontstond er op het eind van de negende eeuw in Salerno (Zuid-Italië) een medische school en bestaan er vanaf de 12e eeuw universiteiten, waar men dank zij Latijnse vertalingen van Arabische geleerden kennis kon nemen van de oude medische geschriften, die in de Arabische wereld bewaard waren, maar ten onzent in de vergetelheid waren geraakt. Daarmee werd de draad die bij Galenus als het ware was afgebroken, weer enigszins opgepakt, maar tot een echte doorbraak en vernieuwing van de geneeskunde heeft dat toch niet direct geleid. Voorlopig is zij nog te zeer in de greep van de scholastiek, de heersende filosofische stroming, waardoor 'de onderzoeksdrang (werd) geremd, de betekenis van nauwkeurige waarneming verkleind of ontkend en het onderwijs in de geneeskunde meer en meer een theoretisch karakter' kreeg (Lindeboom, 1971: 109).

Daar komt bij dat toen de universiteiten ontstonden en de medische wetenschap mede daardoor een impuls zou kunnen krijgen, de Kerk juist aan geestelijken verbood zich op dat terrein te begeven. Zo verbood het eerste Concilie van Lateranen in 1123 aan monniken en priesters om de geneeskunde uit te oefenen. In 1131 werd het door het Concilie van Reims aan monniken verboden medische scholen te bezoeken. In 1139 dreigde het tweede Concilie van Lateranen iedere monnik of priester die desondanks de geneeskunde

uitoefende, met strenge straffen. En in 1163 werd nogmaals een verbod en in 1215 zelfs de banvloek uitgesproken over de geneeskunde door geestelijken (Van der Meij-de Leur, 1971: 56). Omdat de geestelijkheid in die dagen tot de intellectuele elite behoorde, actief in verschillende takken van wetenschap, zal het voor de ontwikkeling van de geneeskunde ongetwijfeld nadelig geweest zijn, dat zij voor die geestelijkheid taboe werd verklaard. De priester moest volgens de Kerk zorgen voor het zielenheil en moest zich verre houden van het gebied van de geneesheer: de behandeling en genezing van het lichaam. En dat de prioriteit lag bij het behoud van de ziel, was evident. Dat bleek bijvoorbeeld uit een van de bepalingen van het vierde Concilie van Lateranen (1215), namelijk dat een priester bij een sterfgeval voorrang heeft boven een arts.

Groeiende differentiatie

De invloed van de godsdienst en van de Kerk, zo kan men uit het voorafgaande afleiden, was groot. Weliswaar heeft de Kerk de geneeskunde niet willen annexeren; ze heeft zich er veeleer van gedistantieerd en het haar priesters verboden de geneeskunde te beoefenen. De Kerk maakte met andere woorden een scherpe scheiding tussen haar eigen domein en dat van de geneeskunde. Maar tegelijkertijd slaagde ze erin haar eigen gedachtegoed, haar werkelijkheidsinterpretatie zozeer ingang te doen vinden, dat de geneeskunde in de Middeleeuwen weinig ontplooiingskansen had. Die kansen komen pas als de renaissance goed en wel doorbreekt en het denken een eigen weg kan gaan, onafhankelijk van de religieuze kaders. En dan nog is het voor vele medici, die tegelijkertijd op een groot aantal terreinen zoals sterrenkunde, filosofie en theologie actief zijn, een heel proces om zich te ontworstelen aan de religieuze denkkaders. Een voorbeeld daarvan vindt men bij Servet (1511-1553), de ontdekker van de kleine bloedsomloop, die bij de beschrijving daarvan een scholastische, theologische redenering hanteert en tevens een beroep doet op teksten uit Genesis en Leviticus waar over de betekenis van het bloed gesproken wordt (Lindeboom, 1971: 172).

Terwijl de medische kennis geleidelijk aan toeneemt en de kwaliteit van de universitaire opleidingen verbetert, geeft de praktijk tot in de 19e eeuw toch vaak een minder rooskleurig beeld te zien. De volgende feiten illustreren dat. Artsen zijn niet aan ziekenhuizen verbonden, maar hebben hun praktijk aan huis en behandelen alleen (of in hoofdzaak) degenen die dat betalen kunnen. Er zijn nog geen ziekenfondsen, waardoor minvermogenden ook nauwelijks een beroep op een arts kunnen doen. Daar komt bij dat er voor onze begrippen voorlopig nog weinig artsen zijn. De geneeskunst wordt niet alleen uitgeoefend door 'doctores medicinae', geneeskundigen met een universitaire opleiding, maar ook door chirurgijnen, heelmeesters. Deze chirurgijnen, aanvankelijk voortgekomen uit het gilde van de barbiers, leren het vak vanuit de praktijk kennen en beginnen als leerling-chirurgijn; pas in de loop van de 18e eeuw krijgen zij een academische opleiding. De operaties die zij uitvoeren, vinden thuis plaats of op de ziekenzalen van de gasthuizen; er bestaan immers nog geen operatiekamers. En de narcose wordt pas halverwege de 19e

eeuw uitgevonden. Daarvóór gebruikte men pijnstillende middelen als de mandragorawortel en opium, maar het kwam ook voor dat patiënten werden vastgebonden, dronken gevoerd of bewusteloos geslagen, als zij een amputatie moesten ondergaan (Van der Meij-de Leur, 1971: 68).

Het vertrouwen in artsen is door alle gebrekkige uitoefening vaak niet groot. Bekend zijn de kluchten van Molière, waarin hij de artsen van zijn tijd (eind 17e eeuw) aanvalt en belachelijk maakt. Maar er zijn ook voorbeelden uit latere tijd. Zo meldt Van den Eerenbeemt dat het ongeveer een eeuw geleden niet ongebruikelijk was dat, zodra de arts zijn rug gekeerd had, de medicamenten werden weggegooid of dat familieleden of de buurvrouw zich met de gestelde diagnose gingen bemoeien en vaak ontraadden wat de arts had voorgeschreven. Vooral de volksklasse meende meer baat te vinden bij allerlei drankjes en poeiers en had meer fiducia in sterke drank als medicijn bij uitstek. Artsen schijnen dat overigens aangemoedigd te hebben, althans Tilburgse artsen adviseerden de zieken herhaaldelijk tot het drinken 'van een glas goeden wijn' (Van den Eerenbeemt, 1980: 8).

In de loop van de 19e eeuw vinden een aantal ontwikkelingen gelijktijdig plaats, die het aanzien van de geneeskunde fors doen toenemen. De natuurwetenschappelijke benadering in de geneeskunde leidt tot belangwekkende ontdekkingen. De apparatuur die vervolgens nodig is voor de behandeling van patiënten, is echter zo groot en kostbaar, dat die de mogelijkheden van de individuele arts te boven gaat. Mede als gevolg daarvan worden de gasthuizen en ziekenhuizen het domein bij uitstek voor de medici. Er komt een beroepsvereniging, de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, die ervoor pleit dat de uitoefening van de geneeskunst wordt voorbehouden aan diegenen die een medische opleiding op academisch niveau hebben genoten en met een door de staat erkend artsexamen hebben afgesloten. Deze uitgangspunten werden in ons land uiteindelijk in 1865 in een wet vastgelegd, waarmee de betreffende artsen het monopolie op de uitoefening van de geneeskunst verkregen (Van der Heyden, 1994: 69). Daarmee werd de functionele differentiatie voor wat betreft de medische sector in zekere zin voltooid. Het resultaat kan in een drietal karakteristieken worden samengevat: 'a distinctive body of knowledge, a corps of specialists with control over this body of knowledge and its application, and public acknowledgement (or legitimacy) of the specialized authority of medical specialists' (McGuire, 1981: 245).

Niet zonder strijd

Overigens is er vanaf de 16e eeuw al, maar met name in de 19e eeuw, als het differentiatieproces zijn voltooiing vindt en de medische denkwijze in toenemende mate gekenmerkt wordt door een natuurwetenschappelijke rationaliteit en zich daarmee metterdaad verzelfstandigt ten opzichte van het religieuze denken, een felle strijd geleverd tussen (moraal)theologen en medici over de terreinafbakening tussen kerk en geneeskunde. Terwijl binnen de geneeskunde het standpunt gehuldigd werd dat ziekte een natuurlijke oorzaak had en door menselijk ingrijpen bestreden, genezen en voorkomen kon worden, kon men

aan katholieke kant door geestelijken horen verkondigen dat 'de ziekte de school is der deugden', dat men geen al te groot vertrouwen diende te schenken aan de geneeskunde en dat men alvorens geneesheren te raadplegen eerst bij God te rade diende te gaan (Velle, 1995: 2-3).

Ook als de geneeskunde ziektes wil voorkomen en gaat ingrijpen in het natuurlijk verloop van fysiologische processen, komt er verzet van de kant van met name de katholieke kerk. Zo droeg deze kerk de propagandacampagne voor de vaccinatie tegen de pokken in het begin van de 19e eeuw geen warm hart toe. Vaccineren stond immers gelijk met het tarten van God. En het is pas omstreeks 1845 dat bijvoorbeeld het Belgische episcopaat zich in deze inschikkelijker toont en de parochiegeestelijkheid opdraagt de inenting bij de parochianen aan te bevelen. Die veranderde houding verklaart Velle (1995: 4) uit de hoopgevende resultaten van de medische ontwikkelingen in de loop van de 19e eeuw, zowel op het vlak van de behandeling als van de preventie, waardoor het geloof in het oorzakelijk verband tussen zonde en menselijk leed gaandeweg verdween.

Een ander twistpunt was de anesthesie. Toen de Schot Simpson halverwege de vorige eeuw verdovende middelen ging toepassen bij bevallingen, wekte dit heftige tegenstand op bij predikanten. Immers, had God tegen Eva niet gezegd, dat zij met smart haar kinderen zou baren (Gen. 3, 16)? Waarop Simpson reageerde met te verwijzen naar Gen. 2, 21-22, waarin staat dat God Adam in een diepe slaap (!) liet vallen, alvorens Hij één van zijn ribben wegnam en daaruit Eva vormde (Van der Meij-de Leur, 1971: 220). Tot het eind van de vorige eeuw is er aldus van de kant van de kerken verzet geweest tegen het 'rationaliseringsoffensief' van de geneeskunde.

Toch komt er geleidelijk aan een aanvaardings- en integratieproces op gang. In België bijvoorbeeld ging het episcopaat katholieke artsen mobiliseren in de strijd tegen het alcoholisme en tegen venerische ziekten en het riep hen op om mee te werken aan de herkerstening van de samenleving (Velle, 1995: 14 en 21). Het besef groeide, dat geneesheer en priester een complementaire rol te vervullen hebben. Ze ontmoeten elkaar aan het ziekbed; de priester is er de zielzorger, de arts 'de priester van de pijn' (Velle, 1995: 19). Maar van een dergelijke integratie kon alleen sprake zijn binnen de katholieke zuil of *mutatis mutandis* de protestants-christelijke zuil. Daarbuiten bestond volledige secularisatie, c.q. *laïcisation* van de geneeskunde. Op het tijdperk van de verzuiling, de tijd waarin het katholieke, c.q. christelijke gedachtegoed niet meer de toon zet voor de gehele samenleving, maar wel voor de eigen achterban, zullen we in de volgende paragraaf terugkomen. Maar eerst zal nu de betekenis van de godsdienst voor de ziekenverpleging nader uit de doeken worden gedaan.

1.3.2. Godsdienst en ziekenzorg

Oorsprong

De huidige ziekenhuizen zijn, voorzover het de verzorging en verpleging betreft, historisch te herleiden tot de gastenverblijven aan vroeg-middeleeuwse

kloosters. Deze verblijven boden onderdak en verzorging aan wie onderweg was, zoals pelgrims en reizigers. Er waren immers nog weinig steden of herbergen waar men terecht kon. Maar ook zieken en armen waren welkom in de gastenverblijven. Van meet af aan hebben christenen het gebod van de naastenliefde geconcretiseerd gezien in de zeven werken van barmhartigheid, waartoe onder andere worden gerekend: hongerigen voeden, dorstigen laven, zieken bezoeken en vreemdelingen gastvrij onthalen. Op het concilie van Nicea (325), dat gehouden werd toen de tijd van de geloofsvervolgingen voorbij was en het christendom zich openlijk kon manifesteren, werd besloten aan bisschoppen het oprichten van opvanghuizen voor vreemdelingen, *xenodochia*, en weeshuizen sterk aan te bevelen (Van der Heyden, 1994: 22).

Toen de kloosters ontstonden, werd de opvang en zorg voor zieken, armen en vreemdelingen vooral aan de kloosterlingen toevertrouwd. Voor wat onze contreien betreft, kan verwezen worden naar de synode van Aken (816), die voorschreef dat bij elk nonnenklooster een hospitium, een verpleegafdeling voor zieken van buiten het klooster, gesticht moest worden (Van der Meij-de Leur, 1971: 55). En de regels voor het leven in dergelijke kloosters hadden niet alleen betrekking op het religieuze leven, maar bovendien op de praktische toepassing ervan in armen- en ziekenzorg. Het sociale en het religieuze gingen er hand in hand: van gasten werden eerst de voeten gewassen, daarna kregen ze een maaltijd en vervolgens namen ze deel aan de godsdienstoefening (Van der Meij-de Leur, 1971: 54).

Zowel structureel als cultureel was de ziekenzorg zodoende godsdienstig verankerd. Het 'hemels baldakijn' werd zichtbaar in de kloosterlijke context, de verzorging door monniken en het motief van waaruit die zorg werd gegeven: de christelijke naastenliefde. Opgemerkt zij dat de doelgroep nog niet nader gedifferentieerd werd; allen die om wat voor reden dan ook verzorging behoeften, waren welkom in de gastenverblijven.

Begin van structurele differentiatie

In de 12e en 13e eeuw doen zich vervolgens bepaalde ontwikkelingen voor die een zekere mate van functionele differentiatie inluiden. Door de toename van het handelsverkeer en van de reislust in het algemeen zijn veel kloosters niet meer in staat om de vele gezelschappen reizigers een goed onderdak te verschaffen (Van der Meij-de Leur, 1971: 56). Bovendien treedt er verval op in de kloosters zelf; ze verwereldlijken, gelden bestemd voor zieken en armen worden voor andere doeleinden aangewend, kortom: de kloostersfeer wordt ernstig bedreigd (Van der Heyden, 1994: 28). Tegen deze achtergrond kan men de conciliebesluiten die de uitoefening van de geneeskunde door monniken en priesters verbieden, zien als pogingen om het kloosterleven te hervormen. Tegelijkertijd ontstaan de universiteiten, waar de 'doctores medicinae' worden opgeleid; daarmee wordt een stap gezet die van belang is voor de latere professionalisering en verzelfstandiging van de medische stand. De bestuurders der steden, die in diezelfde tijd opkomen, zien zich door de nood onder de bevolking gedwongen Gods- en gasthuizen op te richten voor

gebrekkigen en behoeftigen. En in 1311 wordt door het Concilie van Vienne het beheer van deze Gods- en gasthuizen door geestelijken officieel verboden. Reeds eerder, zo hebben we gezien, was het geestelijken verboden de geneeskunde te beoefenen.

In structurele zin werden ziekenhuizen daarmee enigszins 'losgekoppeld' van de kerkelijke invloed: buiten de invloedssfeer van kloosters, onder het beheer van leken en van medici die niet tot de geestelijke stand behoren. We willen er met nadruk op wijzen, dat de Kerk door de betreffende conciliebepalingen zelf heeft meegewerkt aan deze secularisatie (laïcisering)⁵; de secularisatie is dus niet alleen een proces dat de Kerk 'overkomt', ze neemt er ook actief aan deel. Het is eveneens in de 12e en 13e eeuw, dat er een zekere differentiatie ontstaat naar doelgroep. De leprozen worden immers verwezen naar huizen buiten de stadsmuren en binnen de stad ontstaan aparte huizen voor zieken en voor ouden van dagen.

In cultureel opzicht is er echter nog weinig sprake van differentiatie. Omdat de medische wetenschap nog in de kinderschoenen stond, behield de verzorging de hoogste prioriteit en deze verzorging bleef in de Gods- en gasthuizen voornamelijk in handen van vrouwelijke en mannelijke religieuzen. Het heersende religieuze wereldbeeld inzake ziekte en zieken bleef daardoor onveranderd: ziekte werd beleefd als een verstoring van de verhouding tot God. Bovendien werd de lichamelijke verzorging vanuit datzelfde religieuze interpretatiekader ondergeschikt geacht aan de zielzorg. Aan het sterfbed werden met het oog op het naderende eeuwige leven biechten en communiceren van groter belang geacht dan de bijdrage die artsen konden leveren. Maar ook in het dagelijkse leven op de ziekenzaal stond de godsdienst centraal. Dat kwam niet alleen tot uiting in de verzorging door religieuzen, die vanuit christelijke waarden beschouwd werd als een van de werken van barmhartigheid. Ook in de architectuur van de ziekenzalen kwam de centrale plaats van de godsdienst naar voren; de bouw daarvan had vaak veel weg van een kathedraal⁶. Het altaar had er een centrale plaats en de zieke mocht zich daardoor in Gods nabijheid weten. Uit dit alles blijkt dat er hooguit op structureel niveau sprake is van aanzetten tot differentiatie tussen godsdienst en ziekenzorg, maar dat op cultureel niveau het 'hemels baldakijn' nog volop intact bleef.

5 Dat is overigens niet uitzonderlijk. Een voorbeeld van recenter datum is het verbod voor katholieke priesters om politieke functies uit te oefenen, terwijl het tot voor kort niet ongebruikelijk was dat priesters in ons land zitting hadden in bijvoorbeeld de Eerste en Tweede Kamer. In Engeland is dat nog: anglicaanse bisschoppen zijn daar qualitate qua lid van het Hogerhuis.

6 Een schitterend voorbeeld daarvan, ook in kunsthistorisch opzicht, is het 'Hôtel-Dieu' in Beaune (Frankrijk). Voor wat ons eigen land betreft, kan verwezen worden naar het Catharina Gasthuis (thans Stedelijk Museum) in Gouda.

Periode van verval

Vanaf de 16e eeuw treedt een periode van verval in en laat de verzorging van zieken steeds meer te wensen over. Voor een deel hangt dat samen met het verdwijnen van kloosters en kloosterlingen, als gevolg van de reformatie, maar belangrijker is wellicht, dat de houding van de maatschappij ten opzichte van de noodlijdenden en zieken verandert. Toen het zwaartepunt van de ziekenzorg nog bij de kloosters lag, gold als leidraad de regel van Benedictus: 'Voor de zieken moet men vóór alles en boven alles zorgen. Men moet hen dienen zoals men waarlijk Christus zou dienen. Hijzelf heeft immers gezegd: "Ik was ziek en gij hebt Mij bezocht"' (Van der Meij-de Leur, 1971: 147). Maar vanaf de 16e eeuw worden armen en noodlijdenden van medemenssen die hulp verdienen, tot ongewenste lieden. Armoede wordt meer en meer gezien als een schande en gasthuizen worden vereenzelvigd met het 'uitschot der maatschappij'. Wie in staat was om uit een gasthuis te blijven, liet dat niet na; ook zieken niet. Het waren daarom, voorzover het zieken betrof, vooral arme zieken die in de gasthuizen waren opgenomen (Van der Heyden, 1994: 32).

En het personeel, knechten en meiden, werd overeenkomstig de onderwaardering voor het gasthuis betrokken uit de laagste sociale lagen van de bevolking, zonder enige vorm van scholing. Hun werk was zwaar, vies en slecht betaald, met als gevolg dat men eten dat voor de zieken bedoeld was, voor zichzelf achterhield en aan de meest biedende verkocht (Van der Heyden, 1994: 38-39). De toestanden in de gasthuizen waren schrikbarend. Querido (1960: 97) omschrijft die als volgt: 'Een achttiende-eeuws ziekenhuis moet men zich voorstellen als een gebouw vol herrie en lawaai, waar ieder in- en uitliep, waar aan de poort, op de binnenplaatsen en op de zalen handel gedreven werd in eet- en drinkwaren, de meiden vrijden met de knechts en chirurgijnsleerlingen, waar bedelaars voorgaven patiënt te zijn om een hap eten te veroveren, waar kwakzalvers snel een paar duiten verdienden door een patiënt een wondermiddel aan te smeren'.

Kentering

Die onmenselijke toestanden uit de 17e en 18e eeuw duren tot in de 19e eeuw. Dan vindt er een kentering plaats, die volgens Drogendijk (1975: 33) door een viertal factoren is veroorzaakt: een stormachtige ontwikkeling van de geneeskunde, een nieuwe visie en aanpak van de verpleging, een religieus reveil en sociale en technische veranderingen in de maatschappij. Op de eerste drie zullen we kort ingaan. Wat de geneeskunde betreft, is er reeds op gewezen dat de ontwikkelingen zo snel gaan en de apparatuur zo duur en omvangrijk wordt, dat behandeling aan huis niet meer doenlijk is en een aparte inrichting voor onderzoek en behandeling nodig wordt. De gasthuizen worden zodoende steeds meer het domein waar medici de scepter zwaaien, maar daarmee verschuift het accent binnen de gasthuizen wel van verzorging naar medische behandeling.

Tegelijkertijd vraagt dat om een professionelere ondersteuning dan die welke geboden kon worden door de laag opgeleide meiden en knechten van de

vroegere gasthuizen; een verpleegkundige opleiding wordt noodzakelijk. Dat idee was al eerder ontstaan, in de 17e eeuw al, bij de Soeurs de la Charité, een orde van zusters die werkzaam waren in Frankrijk en begrepen hadden dat voor verpleging naast een algemene opleiding en roeping en gedrevenheid ook een vaktechnische opleiding nodig was. Want verplegen is méér dan verzorgen met de beste bedoelingen. Die ideeën hebben een belangrijke invloed gehad op de latere denkbeelden over professionalisering van de verpleegkunde (Van der Heyden, 1994: 53). Ze werden onder anderen overgenomen door ds. Fliedner, de stichter van het diakonessenwezen, en door Florence Nightingale. De laatste heeft door het stichten van een verpleegstersschool (1860) en door een stroom van geschriften een blijvend fundament gelegd onder de verpleegkunde als professie en haar ontdaan van de sfeer van louter liefdewerk (Van der Heyden, 1994: 59).

Het werk van Fliedner kan niet los gezien worden van het religieus reveil. Dat was een beweging die in de eerste helft van de 19e eeuw ontstond als een reactie op het rationalisme binnen het geloof en sterk de nadruk legde op dienstbaarheid aan de medemens (het beoefenen van de christelijke barmhertigheid) en op evangelisatie. Uit deze beweging zijn de diakonessenhuizen voortgekomen, waarvan het eerste in 1836 door Fliedner werd opgericht in Kaiserswerth (Duitsland). In oorsprong is een diakonessenhuis een huis waar diakonessen wonen en van waaruit zij op velerlei terreinen werkzaam zijn ten dienste van armen, zieken en noodlijdenden; ook wordt er de gewenste opleiding en vorming geboden. Dit idee slaat ook aan in Nederland, zij het dat de diakonessenhuizen in ons land van meet af aan ziekenhuizen zijn en de Nederlandse diakonessen uitsluitend op het terrein van de ziekenzorg werkzaam zijn.

Het eerste diakonessenhuis in Nederland wordt in 1844 gevestigd in Utrecht. Er zullen er nog vele volgen; van de 19 algemene ziekenhuizen die er aan protestantse kant in ons land tijdens de 19e eeuw worden opgericht, zijn er 13 een diakonessenhuis. Maar ook aan katholieke kant is er sprake van een religieuze opleving. De 19e eeuw brengt voor de katholieken de vrijheid om hun godsdienst in alle openheid te belijden en om zich te organiseren. Als gevolg daarvan worden vele congregaties voor mannelijke en vooral vrouwelijke religieuzen opgericht, die zich toeleggen op onderwijs en ziekenzorg. Het zijn in eerste instantie ook vooral de katholieken en protestanten die nieuwe ziekenhuizen bouwen, waar de hierboven genoemde ontwikkelingen samen komen en het ziekenhuis zijn 'moderne' gestalte krijgt. Kenmerkend voor dat ziekenhuis is dat de medische behandeling er centraal staat en dat deze ondersteund wordt door een vakmatige verpleegkundige benadering. De bestaande gasthuizen, die vooral in handen zijn van de burgerlijke overheid, kunnen bij die ontwikkeling niet achterblijven en worden geleidelijk aan eveneens 'moderne' ziekenhuizen.

De kentering die in de 19e eeuw in het ziekenhuiswezen plaatsvond, bleef niet beperkt tot het algemene ziekenhuis, maar deed zich ook voor in de psychiatrie en de zwakzinnigenzorg. Voor de ergste gevallen bestonden hier

sinds het einde van de Middeleeuwen zogenoemde dolhuizen; de voornaamste functie daarvan was de zieke in toom te houden, niet zelden door hem of haar letterlijk te ketenen, en de samenleving te beschermen. De meeste krankzinnigen en zwakzinnigen bleven thuis of waren bij tijd en wijle in een gasthuis opgenomen (Querido, 1960: 130 e.v.). Van systematische behandeling was geen sprake en ook de verzorging liet te wensen over, getuige het volgende citaat: 'De zieken liggen in een afschuwelijke atmosfeer, vaak naakt op het stro, zij worden op kermissen te kijk gesteld, de hokken worden eenmaal per week uitgemest, frisse lucht komt er slechts door gaten in de muren, wat 's winters niet zelden bevrozingen veroorzaakt' (Van der Meij-de Leur, 1971: 102). In de eerste helft van de 19e eeuw groeit echter het inzicht dat dit soort mensonterende situaties uit den boze zijn en de overheid besluit om de 'gestichten en bewaarplaatsen voor krankzinnigen' jaarlijks te laten controleren (Van der Meij-de Leur, 1971: 103). Tezelfdertijd nemen de behandelingsmogelijkheden door de ontwikkelingen binnen de medische wetenschap toe. Ook de verpleging en behandeling van geesteszieken komt daardoor op een hoger plan te staan.

De 20e eeuw

De ontwikkelingen in de 20e eeuw zijn vooral te kenmerken door (verdergaande) schaalvergroting en specialisatie. Van een betrekkelijk eenvoudige organisatie, in hoofdzaak bestaande uit een aantal artsen en een groep verpleegkundigen, verandert het ziekenhuis in de loop van de 20e eeuw in een zeer omvangrijke en tegelijk sterk gedifferentieerde instelling. Er ontstaan allerlei specialismen binnen de medische sector en daarnaast komen er diverse nieuwe beroepsgroepen, vooral in de paramedische sfeer, zoals bijvoorbeeld: röntgenlaboranten, analisten, fysiotherapeuten en - in eerste instantie vooral in psychiatrische ziekenhuizen en zwakzinnigeninrichtingen - bezigheidstherapeuten en arbeidstherapeuten. De schaalvergroting die daarmee gepaard gaat, vraagt om een bedrijfsmatige en functionele aanpak voor wat betreft de onderlinge coördinatie. Het hedendaagse ziekenhuis verschilt daarmee van de vroegere gastenverblijven van de kloosters als de dag van de nacht. In de gastenverblijven werd door mannelijke en vrouwelijke religieuzen vanuit een religieus en charitatief motief zielzorg, gastvrijheid en lichamelijke verzorging geboden aan armen, zieken en reizigers. In het hedendaagse ziekenhuis gaat het om medisch onderzoek en een efficiënte behandeling van zieken door een team van specialisten, zowel in medische zin als anderszins. Het ziekenhuis en de gezondheidszorg zijn daarmee geleidelijk aan gesecculariseerd (i.e. gelaïciseerd), zowel in structurele als culturele zin.

Ook de verpleging en verzorging zijn dienovereenkomstig veranderd: het komt nu aan op deskundigheid, er zijn gespecialiseerde methoden en technieken voor de hulpverlening aan zieken, een opleiding is vereist en vakkennis staat hoog aangeschreven. Dat heeft gevolgen voor de verhouding met patiënten. Bij onderzoek en behandeling zijn achtereenvolgens verschillende 'deskundigen' betrokken, zodat de relaties met patiënten functioneel en

gefragmenteerd zijn geworden en nu meer dan vroeger worden gekenmerkt door efficiency en technische routines. Het accent is, zeker in algemene ziekenhuizen, verschoven van verzorging van een *zieke* naar behandeling van een *ziekte*. Die verschuiving heeft echter wél geleid tot de opkomst van een nieuw type ziekenhuis: het verpleeghuis, waar door het verblijf van langdurig zieken het accent veel sterker gelegd wordt op de leef sfeer en op de verzorging.

De godsdienst is bij dat alles van ondergeschikt belang geworden. Het is immers de medisch-technische rationaliteit die voor het werk in het ziekenhuis richtinggevend is en niet meer liefdadigheid of barmhartigheid, gemotiveerd vanuit een christelijk perspectief. De kerkelijk-godsdienstige achtergrond speelt bijgevolg bij werving en selectie van personeel geen of nog slechts een geringe rol. Dat laat onverlet, dat voor individuele personeelsleden godsdienst van betekenis kan zijn voor hun privé-leven. Maar die godsdienst wordt daarmee geprivatiseerd, irrelevant voor het publieke domein, in dit geval het ziekenhuis.

De godsdienst mag dan voor het medisch handelen en voor het werk van de verpleegkundige in het ziekenhuis van ondergeschikte betekenis zijn geworden, verdwenen is zij niet, ook niet in het ziekenhuis. Zij heeft een eigen plaats toegewezen gekregen: die van de pastorale dienst of geestelijke verzorging. Haar plaats is daarmee wel een marginale, want de andere afdelingen (verpleegafdelingen, financiële afdeling, administratie, huishoudelijke en technische dienst) hebben zowel budgettair als wat het aantal formatieplaatsen betreft meer armslag. Daar komt bij dat het werkterrein van de geestelijke verzorging vooral is gelegen in de privé-sfeer van de individuele patiënt: hem of haar helpen bij het verwerken van of zin geven aan ziekte, lijden en dood vanuit een godsdienstig (of levensbeschouwelijk) interpretatiekader. Voorzover het werk van de pastor in het ziekenhuis hiertoe beperkt blijft en hij zich - al of niet noodgedwongen - afzijdig houdt van het medisch en verpleegkundig handelen, is er sprake van privatisering van de godsdienst. In zo'n situatie is de geestelijke verzorger een ziekenpastor, maar geen ziekenhuispastor.

Tot zover sluit de bovenstaande typering van het pre-moderne gasthuis en het moderne ziekenhuis goed aan bij het secularisatiemodel. De ziekenzorg heeft zich in de loop der tijd ontworsteld aan de invloed van de godsdienst en heeft zich zowel structureel (ziekenhuis) als cultureel (medische rationaliteit) een eigen domein verworven. Specialisering en differentiatie zetten zich ook binnen het ziekenhuis door; om desondanks doelmatig te kunnen blijven handelen werd een zekere functionalisering van de relaties tussen het personeel onderling en tussen verpleegkundigen en patiënten noodzakelijk. Parallel daaraan nam de betekenis van de godsdienst af: voor het ziekenhuis van weinig betekenis, zeker ook in vergelijking met andere sectoren in het ziekenhuis (marginalisering), en voor individuele personeelsleden en patiënten hooguit van betekenis voor hun privé-leven (privatisering). In een moderne,

gelaïciseerde samenleving is de godsdienst een subsysteem naast de andere subsystemen geworden en die ontwikkeling tekent zich ook af binnen het moderne ziekenhuis: de godsdienst is niet meer het kader of 'baldakijn' van waaruit gewerkt wordt, maar een sector naast andere sectoren. Aldus schetst het secularisatiemodel ook voor het ziekenhuis een ontwikkeling die, eenmaal in gang gezet, onomkeerbaar en onontkoombaar lijkt.

1.4. SECULARISATIE EN VERZUILING

Bij dat laatste, het deterministische en lineaire karakter van het secularisatiemodel, kan men echter vragen stellen. Immers, het moment waarop er in ons land op grote schaal ziekenhuizen werden opgericht (de tweede helft van de 19e en de eerste helft van de 20e eeuw), viel namelijk samen met het tijdperk van de verzuiling. Een niet gering deel van de ziekenhuizen kreeg toen een katholieke of protestants-christelijke grondslag. Van een rechte lijnige ontwikkeling in de richting van een steeds minder relevante godsdienst is derhalve geen sprake. Integendeel, in toenemende mate - want de verzuiling nam in de loop der jaren toe (Kruijt en Goddijn, 1962: 244) - werden ziekenhuizen ingekaderd in een christelijk perspectief.

Op het hoogtepunt van de verzuiling, in de jaren vijftig, behoort zo'n 60% van de ziekenhuizen tot de katholieke of protestants-christelijke zuil (Juffermans, 1982: 170; Moorman, 1986: 60; Morshuis, 1969: 17). Zoals in de Middeleeuwen de verzorging van zieken aan religieuzen was toevertrouwd, zo waren het nu diakonessen die in protestantse ziekenhuizen, en broeders en zusters die in katholieke ziekenhuizen het verzorgend en verplegend werk deden. In het bestuur zat altijd wel een predikant of priester en in sommige protestantse ziekenhuizen was een predikant aangesteld als directeur of lid van de directie. Daarnaast was de predikant of rector (zo werd de priester in een katholiek ziekenhuis van die dagen genoemd) een man van gezag en een vertrouwensman, iemand die men bij moeilijke beslissingen raadpleegde. Het dienstrooster in het ziekenhuis en de dagindeling in het klooster van de ziekenzusters of het huis van de diakonessen waren op elkaar afgestemd. En vanzelfsprekend werd er door diakonessen, religieuzen en pastores voor gewaakt dat er gewerkt en geleefd werd overeenkomstig kerkelijke of christelijke normen. De christelijke godsdienst was dus geenszins marginaal; zij was juist de levensbeschouwelijke basis van de afzonderlijke zuilen. En van privatisering was al evenmin sprake, want op alle terreinen van het maatschappelijk leven was de godsdienst present.

Verzuiling: dam tegen secularisatie

Waar komt die verzuiling vandaan, juist op een moment dat de modernisering van de samenleving zich doorzet en volgens de secularisatiethese een toenemende irrelevantie van de godsdienst voor institutionele sectoren te verwachten zou zijn? Ongetwijfeld zijn diverse factoren van invloed op het ontstaan van en

de kans op een krachtige uitbouw van het zuilensysteem (Hellemans, 1988), maar in de kern gaat het bij verzuiling om de verdediging van de eigen religieuze subcultuur. Zo betoogt Thurlings (1971: 44), dat de uiteindelijke verklaring voor de katholieke verzuiling is gelegen 'in het streven van de katholieken als confessionele minderheid om de integriteit van hun geloof en de autonomie van hun kerk tegen bedreigingen vanuit de omgeving te beschermen'. En Dobbelaere (1988: 25) omschrijft de katholieke organisaties als 'dijken die opgericht werden om de katholieke wereld af te schermen en de secularisatie van de katholieke kudde te voorkomen'. Ook al is de verzuiling in Duitsland in vergelijking met Nederland en België minder omvangrijk geweest, toch heeft ook daar een uitgebreid netwerk van katholieke organisaties en verenigingen bestaan, ten dienste van 'die Sicherung einer sozial gestützten Plausibilitätsstruktur der katholischen "Welt-Anschauung"' (Gabriel, 1993: 100). Overigens gelden deze ontwikkelingen en argumenten ook voor de protestanten (Gabriel, 1993: 23).

De verzuiling was dus een bewuste poging van zowel katholieken als protestanten om de eigen cultuur en de eigen godsdienst te handhaven. Men keek niet passief toe, maar greep in om de gevolgen van de laïcisatie voor de eigen groep voor te zijn. Wat voor de samenleving als geheel niet was gelukt, namelijk het handhaven van een 'hemels baldakijn', trachtte men door middel van de verzuiling althans voor de eigen bevolkingsgroep wél te realiseren. En met succes, want de zuilen breidden zich over steeds meer maatschappelijke terreinen uit en een toenemend deel van de achterban participeerde aan de eigen zuilactiviteiten.

Niet alleen het maatschappelijk leven raakte verzuild, ook vriendschapsbetrekkingen (*convivium*) en huwelijksluitingen (*connubium*) vonden in toenemende mate plaats binnen de eigen zuil. Zodoende creëerde men in hoge mate een eigen wereld: structureel, relationeel en ideologisch c.q. cultureel. De betreffende kerkgenootschappen hadden daar baat bij. Want het waren met name de katholieken en gereformeerden, de twee groeperingen die het sterkst verzuild waren, die hun positie in de Nederlandse samenleving wisten te versterken of te handhaven, terwijl de hervormden, die het minst verzuild waren, hun aandeel zagen teruglopen; we komen daar in het vervolg nog op terug. Eenzelfde beeld geven de kerkbezoekcijfers: die lagen voor katholieken en gereformeerden tijdens de hoogtijdagen van de verzuiling, voorzover we dat op grond van de beschikbare gegevens kunnen concluderen, veel hoger dan bij de hervormden (Gadourek, 1961: 104 e.v.; Smits, 1952: 228-229).

Ontzuiling

Maar de verzuiling heeft zich niet kunnen handhaven; de katholieke zuil is gaan wankelen en grotendeels gevallen en ook de protestantse zuil is nog slechts een bescheiden afschaduw van wat zij ooit geweest is. In de tweede druk van zijn *De wankende zuil* gaat Thurlings (1978: 210 e.v.) uitgebreid in op het ontzuilingsproces in de jaren zeventig. De ontzuilingstendens werd het eerst zichtbaar in de politiek, maar al spoedig daarna ook in andere maat-

schappelijke sectoren: vak- en standsorganisaties, het onderwijs, het maatschappelijk werk, het ziekenhuiswezen en de pers. De meeste weerstand rees en rijst nog steeds zowel bij katholieken als protestanten tegen de ontzuiling van het onderwijs. Volgens Thurlings (1978: 217) is dat niet verwonderlijk, 'aangezien het confessionele onderwijs vanaf de eerste dagen der verzuiling gegolden heeft als het onmisbaar instrument om in de moderne samenleving de opvoeding in de eigen confessionele cultuur te verzekeren'. Des te verwonderlijker is het dat in andere sectoren die te maken hebben met opvoeding en vorming, de ontzuiling desondanks zo ver is voortgeschreden: het jeugd- en jongerenwerk, de kinderbescherming, het bibliotheekwezen en de geestelijke gezondheidszorg.

In sommige sectoren is de ontzuiling volledig geweest; voorbeelden op plaatselijk en landelijk niveau zijn de kruisverenigingen, de reclassering en de geestelijke volksgezondheid⁷. In andere sectoren is zij niet volledig, ofwel omdat confessionele organisaties samengingen in interconfessioneel verband (bijvoorbeeld het CDA⁸), ofwel omdat enkele met name protestants-christelijke organisaties zich wisten te handhaven. Weinig ontzuiling, in structurele zin althans, of minstens een aanzienlijke mate van verzuiling is er tot op heden op het gebied van het onderwijs, van radio en t.v. en van het ziekenhuiswezen. Maar in het algemeen heeft de ontzuiling toch zozeer om zich heen gegrepen, dat ons land geen verzuilde samenleving meer genoemd kan worden. Wat er nog aan verzuiling resteert, biedt te weinig 'bescherming tegen bedreigingen vanuit de omgeving' (Thurlings); de dijken die waren aangelegd om de secularisatie buiten de deur te houden (Dobbelaere), zijn als het ware bezweken. Van een eigen deel-samenleving voor katholieken en protestanten, structureel en cultureel afgezonderd van die van anderen, is geen sprake meer.

Daar komt bij dat naar onze opvatting het bestaan van confessionele organisaties op het gebied van het onderwijs en de gezondheidszorg op zich onvoldoende reden is om een samenleving verzuild te noemen. Die opvatting baseren we op de definitie die Kruijt in een van de eerste theoretische studies over verzuiling hanteert: 'zuilen zijn op levensbeschouwelijke grondslag gebaseerde, wettelijk gelijkberechtigde blokken van maatschappelijke organisaties (...)' en hij voegt eraan toe, dat het laatste inhoudt dat 'de kerken zelf en hun eigenlijke godsdienstige taken' (zoals bijbelclubs, catechisatiegroepen en zangkoren) er niet toe gerekend kunnen worden (Kruijt, 1957: 15-16). Dan zouden er immers in alle landen zuilen voorkomen, en wel evenveel als er

7 Met uitzondering van de Joodse Vereniging voor Geestelijke Volksgezondheid (Moorman, 1986: 61).

8 In dit verband kan ook gewezen worden op katholieke bonden die deel uitmaakten van het Nederlands Katholiek Vakverbond (N.K.V.), maar zich op het moment dat dit N.K.V. ging fuseren met het niet-confessionele N.V.V., daaruit losmaakten en aansloten bij het Christelijk Nationaal Vakverbond.

kerkgemeenschappen zijn. En hij vervolgt dan met: 'Rondom de kerk als middelpunt zou men een aantal kringen kunnen trekken. De eerste omvat dan de bovengeschetste essentieel-godsdienstige functies. De tweede sluit daar nog nauw bij aan, namelijk die der opvoedende en diaconaal-charitatieve taken: scholen voor algemene vorming, ziekenhuizen, weeshuizen, huizen voor ouden van dagen en dergelijke. Maar dan komt de derde kring (...) namelijk sportverenigingen en vakbonden, politieke partijen en ziekenfondsen, coöperaties en radio, ambachtsscholen en beroepskeuze, muziek- en woningbouwverenigingen, boeren- en winkeliersbonden, kruisverenigingen en veilingen, zang- en geheelonthoudersverenigingen, gymnastiekverenigingen en bibliotheken, buurthuizen en volksuniversiteiten - men vulle dit zelf maar aan - dat wil zeggen de activiteiten van *maatschappelijke* aard, economisch, sociaal en algemeen cultureel. Welnu, van verzuimdheid is naar mijn mening pas goed sprake, wanneer de derde kring wordt betreden' (Kruijt, 1957: 16-17).

Daarom is in een land als Amerika, met zijn vele denominaties en daarmee verbonden parochiescholen, ziekenhuizen en bejaardenhuizen, het verschijnsel van de verzuiling onbekend, 'omdat juist levensbeschouwelijke organisaties binnen die derde kring sporadisch zijn' (Kruijt, 1957: 17). Welnu, de verzuiling die er thans nog is, namelijk op het gebied van het onderwijs, van radio en t.v. en van het ziekenhuiswezen, is hoofdzakelijk gesitueerd in wat Kruijt 'de tweede kring' noemt, een kring die nog zo nauw aansluit bij de 'essentieel-godsdienstige functies', dat men op grond daarvan de Nederlandse samenleving moeilijk nog verzuild kan noemen. Evenmin kan er in deze gedachtegang sprake zijn van 'herzuiling', als bepaalde gereformeerde stromingen ertoe overgaan eigen scholen en ziekeninstellingen op te richten of als islamitische en hindoeïstische groeperingen daartoe besluiten. Pas wanneer het maatschappelijke activiteiten uit 'de derde kring' zou betreffen, zou men van herzuiling kunnen spreken.

Waarom ontzuiling?

Waarom hebben de zuilen zich niet kunnen handhaven? De ontzuiling is volgens verschillende auteurs door diverse zuilinterne en zuilexterne factoren veroorzaakt: de crisis in de katholieke c.q. christelijke cultuur zelf, het succes van de emancipatie, de toegenomen mobiliteit, de komst van de televisie, de groeiende discrepantie tussen de cultuur binnen de zuil en die van de omringende 'permissive society', de professionalisering van de geestelijke gezondheidszorg en het maatschappelijk werk, wettelijke en financiële regelingen (Thurlings, 1978; Van Heek, 1973; Dobbelaere, 1988: 26). Direct of indirect verwijzen al deze factoren naar veranderingen in de samenleving. Uiteindelijk zijn het dezelfde processen die hebben bijgedragen aan de laïcisering van de samenleving, die ook de zuilen niet onberoerd hebben gelaten, zo constateert Dobbelaere (1988: 33-34). Differentiatie en specialisatie zetten zich ook binnen de zuilen door, met als gevolg dat het godsdienstig interpretatiekader vervangen werd door op de afzonderlijke subsystemen toegespitste interpretatiekaders. Ook binnen katholieke en protestantse ziekenhuizen werd het

handelen steeds minder gemotiveerd vanuit de eigen godsdienst en steeds meer bepaald door eisen van medische doelmatigheid. Technisch uitgedrukt heet het dat de substantiële rationaliteit werd vervangen door de functionele rationaliteit van het medisch model. Deskundigheid en ervaring zijn bij de werving van het verpleegkundig personeel bijgevolg veel belangrijker dan een godsdienstige motivatie. En voor het personeel binnen de andere sectoren van het ziekenhuis geldt mutatis mutandis hetzelfde. En wat voor de ziekenhuizen opgaat, geldt niet minder voor andere maatschappelijke sectoren; systeemspecifieke rationaliteiten marginaliseerden ook binnen de zuilen ten slotte de betekenis van het 'hemels baldakijn'. De verzuiling heeft daarmee de secularisatie van de samenleving slechts voor een bepaalde tijd en voor bepaalde subgroepen weten af te remmen, maar heeft haar geenszins weten tegen te houden.

Confessionele organisaties

De Nederlandse samenleving is dus in hoge mate gelaïciseerd. Desondanks zijn er in bepaalde sectoren confessionele organisaties: in het onderwijs, bij de media en in het ziekenhuiswezen. Het zijn overigens niet alleen christenen die hier eigen organisaties hebben, maar ook joden, islamieten, hindoes en antroposofen. Het gaat om activiteiten die, zoals Kruijt dat noemt, tot 'de tweede kring' behoren en daarmee nauw aansluiten bij de eigenlijke godsdienstige taken van de betreffende genootschappen. Van oudsher en overal immers houden godsdiensten zich bezig met de (religieuze) socialisatie van jonge en nieuwe leden, met informatieverstrekking en met zingeving aan lijden en dood. Met verzuiling heeft dit weinig uit te staan. De wijze waarop dit gerealiseerd wordt, is mede afhankelijk van maatschappelijke omstandigheden, zoals de vrijheid om organisaties op te richten, beschikbare subsidies of andere financiële mogelijkheden.

Maar daarnaast, en eigenlijk in de eerste plaats, is het bestaan van dit soort activiteiten afhankelijk van de gemotiveerdheid of vitaliteit binnen het betreffende genootschap. Daarom werd, toen de christenen zich in het Romeinse Rijk eenmaal vrij konden manifesteren, door het concilie van Nicea erop aangedrongen om opvanghuizen voor vreemdelingen en wezen op te richten. Om diezelfde reden stichtten katholieken, toen zij daartoe in de 19e eeuw eenmaal de grondwettelijke mogelijkheden kregen, ook zonder financiële steun van de overheid scholen en ziekenhuizen. En gereformeerden deden hetzelfde. Orthodox gereformeerden van verschillend pluimage doen momenteel niet anders: zij richten scholen op, verpleeghuizen, bejaardenhuizen, een tweetal landelijke dagbladen (het Nederlands Dagblad en het Reformatorisch Dagblad), een omroeporganisatie (de E.O.) en zelfs een paar politieke partijen. Secularisatie is met andere woorden geen ontwikkeling die mechanisch verloopt, maar is mede afhankelijk van groepen mensen die haar bevorderen of tegenhouden (Dobbelaere, 1981: 60-72).

Op bepaalde terreinen heeft de secularisatie meer vat dan op andere. Het zijn met name de activiteiten van 'de tweede kring' waar de weerstand tegen secularisatie groter is. Maar het voorbeeld van de orthodox gereformeerden

laat zien, dat ook sommige activiteiten uit de derde kring (zoals de media en de politiek) zich daartoe lenen. Belangrijk wordt dan wel de mate van godsdienstigheid of kerkbetrokkenheid van de betreffende religieuze groepering. Alleen wanneer er sprake is van religieuze vitaliteit, is te verwachten dat men organisaties op dergelijke terreinen op zal richten of in stand zal weten te houden. Daarmee is de vraag naar de individuele godsdienstigheid en de vitaliteit van afzonderlijke kerkgenootschappen aan de orde. In hoeverre heeft de secularisatie daar om zich heen gegrepen?

1.5. SECULARISATIE OP INDIVIDUEEL NIVEAU

Er is op het niveau van de samenleving, zo hebben we gezien, duidelijk sprake van secularisatie. De invloed van de godsdienst op het reilen en zeilen binnen de afzonderlijke subsystemen van de samenleving is in de loop der tijd verminderd. Heel wat minder overeenstemming is er over de vraag of er sprake is van secularisatie op individueel niveau. Voor een deel ligt dat aan de definitie die men inzake godsdienst hanteert, voor een deel ook aan de wijze van operationalisering en het tijdsperspectief dat men in ogenschouw neemt.

Wanneer men er een functionele definitie van godsdienst op nahoudt, kan er geen sprake zijn van secularisatie. Immers, de functies die van oudsher door de godsdiensten vervuld werden, worden dan door andere systemen (bijvoorbeeld het marxisme of het sciëntisme) overgenomen, die daarmee per definitie religie⁹ zijn. Maar ook wanneer men aansluit bij het dagelijkse spraakgebruik en een substantieve definitie van godsdienst hanteert, dat wil zeggen godsdienst *inhoudelijk* invult en betreft op een transcendente werkelijkheid, dan nog bestaan er grote verschillen van mening over de vraag of er secularisatie is. Zo maakt het verschil uit, of men daarbij het godsdienstig gedrag (lidmaatschap, kerkbezoek, dagelijks gebed of bijbellezing en dergelijk) op het oog heeft of geïnteresseerd is in geloofsopvattingen.

Onderzoeksbevindingen

Wat die laatste betreft, is het oordeel afhankelijk van de vraag om wat voor soort opvattingen het dan gaat. Om specifiek christelijke geloofsopvattingen, zoals het geloof in Christus als Gods Zoon, of opvattingen waar ook aanhangers van niet-christelijke godsdiensten zich in kunnen vinden? Meer traditionele formuleringen, zoals het geloof in een persoonlijke God of in een hemel en een hel, of meer hedendaagse formuleringen, zoals het geloof in een transcendente werkelijkheid of hogere macht of in een leven na de dood? Zo zijn er in feite verschillende meetinstrumenten in omloop, hetgeen de vergelijkbaarheid tussen de onderzoeksuitkomsten bemoeilijkt. Bovendien is het pas vanaf de jaren zestig dat er landelijk representatieve onderzoeksgegevens beschikbaar

9 De begrippen 'godsdienst' en 'religie' hebben in de sociologie dezelfde betekenis en zijn daarmee inwisselbaar.

zijn over geloofsopvattingen¹⁰. En omdat het bij secularisatie om lange-termijnontwikkelingen gaat, kan er op grond van onderzoeksdata geen afdoende antwoord gegeven worden. Voorzover er gegevens zijn, liggen die overigens wél in de lijn van de secularisatie¹¹.

Over het godsdienstig gedrag zijn we uitvoeriger en met name inzake het kerkelijk lidmaatschap al veel langer geïnformeerd. Gedurende meer dan anderhalve eeuw is in de volkstellingen namelijk gevraagd, tot welke kerk men behoorde. De toenemende ontkerkelijking die daaruit blijkt, is bekend: in 1879 is slechts 0,3% van de Nederlandse bevolking onkerkelijk, in 1971 - bij de laatste volkstelling - behoort 23,7% niet tot een kerk. Op individueel niveau is dat te duiden als secularisatie. Tegelijkertijd moet geconstateerd worden dat die secularisatie beperkt blijft, in die zin dat van de grotere kerkgenootschappen alleen de Nederlandse Hervormde Kerk haar procentuele aandeel ziet afnemen (van 54,6% in 1849 tot 23,5% in 1971); het absolute aantal hervormden blijft tussen 1879 en 1960 echter nog groeien van 2,1 miljoen naar 3,2 miljoen en gaat pas daarna afnemen. Daarentegen blijft het gereformeerde aandeel tussen 1889 (na de Doleantie) en 1971 stabiel rond de 8 à 9% en lijden de katholieken weliswaar eerst nog tussen 1849 en 1909 een verlies van 38,2% naar 35,0%, maar neemt hun aandeel vervolgens toe tot 40,4% zowel in 1960 als in 1971 (Bonger, 1911; Kruijt, 1935; Van Hemert, 1979). Tot de jaren zestig is er op individueel niveau met andere woorden tegelijkertijd sprake van secularisatie (bij de hervormden) als van stabilisatie (gereformeerden) en groei (katholieken) van kerkelijkheid.

Voor de ontwikkelingen na 1971 zijn we afhankelijk van andere bronnen. Volgens de eigen ledenadministraties groeien de absolute aantallen bij de Gereformeerde Kerken in Nederland nog tot 1974 (Jaarboek 1992 van de Gereformeerde Kerken in Nederland, 1992: 56) en bij de katholieken tot 1983

¹⁰ Helaas werden in sommige onderzoeken, zoals die van het Sociaal en Cultureel Planbureau over culturele veranderingen in Nederland, de vragen over geloofsopvattingen aanvankelijk alleen voorgelegd aan kerkleden en niet aan onkerkelijken (Becker en Vink, 1994: 91). We zien hier een duidelijke aanwijzing in voor de onterechte gelijkschakeling van onkerkelijkheid met ongelooft.

¹¹ Er zijn twee weliswaar niet volledig, maar toch in hoge mate identieke vragen die zowel in de beide *God in Nederland*-onderzoeken van 1966 en 1979 als de *Europese Waarden*-onderzoeken van 1981 en 1990 gesteld zijn. Daaruit blijkt dat de ontkenning van een leven na de dood van 34% in 1966 via 40% in 1979 en in 1981 toeneemt tot 46% in 1990. Het bestaan van een persoonlijke God of een soort levensgeest, hogere macht of kracht wordt in 1966 door 82% onderschreven, daalt vervolgens tot 74% in 1979 en 64% in 1981, maar neemt tenslotte weer iets toe tot 69% in 1990; de volstrekte ontkenning daarvan stijgt van 4% in 1966 via 9% in 1979 en 12% in 1981 tot 14% in 1990 (God-dijn e.a., 1979: 33-36 en 164; met dank aan dr. L. Halman die ons de gegevens uit de beide *Europese Waarden*-onderzoeken verschaftte).

(Schepens, 1993: 707), maar sindsdien dalen die aantallen. In relatieve zin was de daling al eerder ingetreden (Dekker, 1992: 57; Becker en Vink, 1994: 46-49). Vanaf de jaren zeventig is er derhalve over de hele linie sprake van secularisatie. Overigens komt die secularisatie op individueel niveau sterker tot uiting in de daling van het kerkbezoek (Dekker, 1992: 76; Van Hemert, 1980: 8-10; Becker en Vink, 1994: 57), maar de gegevens daarover reiken niet verder terug dan halverwege de jaren zestig.

Samenhang tussen beide niveaus?

Voorzover er gegevens beschikbaar zijn - en hoofdzakelijk is dat vanaf de jaren zestig - wijzen die, voor wat het individuele niveau betreft, op secularisatie. Vóór 1960 was er echter, zo zou men uit de gegevens van de volkstellingen kunnen concluderen, zowel sprake van secularisatie, alsook van stabilisatie en groei van kerkelijkheid, namelijk bij de gereformeerden en katholieken¹². De secularisatie op individueel niveau is derhalve, in vergelijking met die op maatschappelijk niveau, van betrekkelijk recente datum. Differentiatie en laïcisering gingen met andere woorden vooraf aan afname in kerkbetrokkenheid en geloof. In hoeverre secularisatie op individueel niveau een noodzakelijk gevolg is van die op maatschappelijk niveau, daarover bestaat veel onenigheid. Luhmann stelt kort en bondig: 'Die Sozialstruktur ist säkularisiert - nicht aber das Individuum' (geciteerd in Dobbelaere, 1988: 44). Dobbelaere daarentegen constateert dat het vooral jongeren en werkenden zijn bij wie de kerkbetrokkenheid en het geloof in een persoonlijke God zijn afgenomen en concludeert daaruit dat de laïcisering van de samenleving op termijn en naarmate men via zijn werk meer met die gelaïciseerde samenleving in aanraking komt, leidt tot distantie van kerk en geloof. Zoveel is voor hem duidelijk: 'Das Individuum ist säkularisiert' (1988: 79).

De Moor gaat op grond van zijn onderzoek niet zover. Desalniettemin heeft ook bij hem de secularisatie gevolgen voor het individu. Secularisatie bestaat namelijk niet alleen daaruit 'dat de institutie godsdienst een gespecialiseerde institutie naast andere is geworden, met weinig invloed daarop. Zij heeft een complement in het individuele bewustzijn. Door zeer velen wordt de alledaagse werkelijkheid niet godsdienstig geïnterpreteerd; ook in het privéleven wordt het geloof in toenemende mate een apart domein. Van een overkoepelend godsdienstig zingevingssysteem, dat overtuigingen, waarden en normen op andere levensterreinen van de mens beïnvloedt, is dan geen sprake meer' (De Moor, 1987: 47). Opgemerkt zij, dat De Moor hier niet zozeer de distantie ten opzichte van de godsdienst benadrukt, alswel de privatisering ervan.

Een direct negatief verband tussen de modernisering van de samenleving en individuele godsdienstigheid wordt wél gelegd door anderen uit hetzelfde onderzoeksteam als De Moor. Dorenbos e.a. (1987) vonden dat hoe verder de

¹² Als men het aantal priesterroepingen als een indicatie zou mogen zien van de godsdienstige vitaliteit (zie: Stark & McCann, 1993), dan blijkt de groei van de RK-Kerk ook daaruit (Dellepoort, 1955: 26-63).

structurele modernisering in de landen van de Europese Gemeenschap was voortgeschreden, des te geringer de aanhang nog was voor het traditioneel-religieuze waardecomplex. Bij voortgaande structurele modernisering is volgens hen dan ook te verwachten dat de individuele secularisatie terrein zal winnen. Een decennium later is in de West-Europese en Noord-Amerikaanse landen de kerkbetrokkenheid en het traditioneel-religieuze geloof inderdaad afgenomen (Halman en De Moor, 1993), maar dat de economische vooruitgang (een van de centrale indicatoren voor structurele modernisering) daarop van beslissende invloed is geweest, kon niet aannemelijk worden gemaakt. Het zijn immers met name de Verenigde Staten die een ander patroon laten zien: zij vormen in hoge mate een modern land, maar haar inwoners zijn tevens zeer kerkbetrokken en religieus (Halman en De Moor, 1993: 64).

Het kan dan ook geen verbazing wekken, dat vooral in Amerika ontkend wordt dat er sprake zou zijn van secularisatie op individueel niveau. Greeley (1989) bijvoorbeeld laat aan de hand van onderzoeksdata die op identieke wijze en over een lange reeks van jaren in Amerika verzameld zijn, zien dat de kerkelijk-godsdienstige ontwikkelingen van de afgelopen veertig jaar veel meer gekenmerkt worden door stabiliteit dan door verval. Duke en Johnson (1989) hebben wereldwijd verzamelde gegevens over kerkelijkheid (kerkklidmaatschap) sinds 1900, naar land geanalyseerd en komen tot de conclusie dat secularisatie een cyclisch verlopend proces is; er is dus secularisatie, maar deze wordt afgewisseld met perioden van godsdienstige opleving. Godsdiensten verdwijnen of nemen af in ledental, maar in hun plaats komen andere. Finke en Stark (1992) tenslotte gaan nog verder terug in de geschiedenis en betogen dat er alles behalve verval of stabiliteit of een cyclisch proces is; sinds het begin van de Amerikaanse onafhankelijkheid (in 1776) is de kerkbetrokkenheid voortdurend gegroeid, van 17% in 1776 via 45% in 1890 naar 62% in 1980. Vandaar de titel die zij het betreffende boek meegaven: *The churching of America*. In ons land zijn dergelijke geluiden vooralsnog niet te horen. Alleen op theoretisch niveau kan men zich voorstellen dat het omgekeerde van secularisatie mogelijk is; Dekker en Tennekes (1981: 19) stellen in dat geval de term 'religionisatie' voor.

1.6. CHRISTELIJKE ORGANISATIES

Uit de voorafgaande paragrafen kunnen een drietal factoren afgeleid worden die bepalend zijn voor het bestaan van christelijke organisaties. Allereerst is dat de invloed van staatswege. Het gaat dan om de (grond)wettelijke mogelijkheden om confessionele organisaties en verenigingen op te richten (zie ook: Kruijt, 1957), alsmede om de financiële ondersteuning door de staat. In het geval dat er geen vrijheid van vereniging en vergadering bestaat of dat bepaalde confessies verboden zijn, zijn de bestaansmogelijkheden nihil, of minstens voor de betreffende confessies nihil. Een financiële ondersteuning maakt het gemakkelijker de toegestane mogelijkheden te realiseren.

De tweede factor heeft betrekking op de kwantiteit en kwaliteit van de onderscheiden religieuze groeperingen. Er zal een zekere mate van godsdienstig pluralisme moeten zijn; in een monopoliesituatie, zoals bijvoorbeeld Ierland, heeft het geen zin organisaties naar hun confessie te onderscheiden. Daarnaast zal men een zekere omvang moeten hebben om als confessie bepaalde organisaties op te kunnen richten en in stand te kunnen houden. Maar ook de kwaliteit van de betreffende religieuze groepering is van belang: haar vitaliteit en de aanwezigheid van leidersfiguren (zie ook: Hellemans, 1988). En tevens kan verwacht worden, dat naarmate de verschillen met de andere godsdiensten en kerkgenootschappen groter zijn, feitelijk of gepercipieerd, men er eerder toe zal overgaan eigen organisaties op te richten.

De derde factor, tenslotte, betreft de mate waarin godsdienst relevant wordt geacht voor de diverse maatschappelijke terreinen of levensdomeinen. Thurlings (1971: 145) wees op een verschil in affiniteit tussen de diverse maatschappelijke sectoren en de levensbeschouwelijke problematiek. Het onderscheid dat Kruijt (1957) maakte tussen de tweede en derde kring, is daarmee vergelijkbaar. En uit het onderzoek van Becker en Vink (1994: 147) blijkt, dat men er eerder mee instemt dat een omroep- en jeugdvereniging uitgaan van een godsdienstig beginsel dan een vakvereniging of sportclub. Naarmate de affiniteit met de levensbeschouwing groter is, zo kan men stellen, neemt ceteris paribus de kans op het ontstaan en voortbestaan van confessionele organisaties toe. En de terreinen van opvoeding en onderwijs, van communicatie en informatieverstrekking en van zorg voor zieken en noodlijdenden behoren daar als eerste toe.

Oprichting en opheffing van organisaties

Door de geschiedenis heen zien we deze drie factoren werkzaam. We wezen er reeds op dat toen het christendom de vrijheid kreeg, het concilie van Nicea (325) aanspoorde tot oprichting van opvanghuizen voor vreemdelingen en wezen. En als de katholieken in de loop van de 19e eeuw de vrijheid herwinnen, worden er direct scholen en ziekenhuizen opgericht en begint men met de opbouw van eigen persorganen. De gereformeerden bewandelen dezelfde weg, als zij zich afscheiden van de hervormden. En in Duitsland werden de meeste katholieke organisaties pas opgericht, 'toen de restrictieve bepalingen van de "Kulturkampf"-wetgeving helemaal waren opgeheven' (Hellemans, 1988: 363). Een recenter voorbeeld is Nepal, waar met de komst van een democratisch bestuur en van godsdienstvrijheid (begin jaren tachtig) een niet gering aantal katholieke organisaties op het gebied van onderwijs en medische en sociale zorg is opgericht. Zo gauw de (politieke) situatie er met andere woorden naar is, maakt men gebruik van de mogelijkheid op bepaalde terreinen eigen activiteiten te ontplooiën.

En men doet dat van oudsher bij voorkeur op bepaalde terreinen; de eerste kloosters in de vroege Middeleeuwen laten al zien welke dat zijn: onderwijs, opvang van gasten en zieken en aandacht voor het geschreven woord. Die voorkeur blijkt ook uit een aantal zuilstudies. Zo constateert Pennings (1991:

98) dat de verzuiling op gemeentelijk niveau het sterkst was op het gebied van het onderwijs, maar dat de volkshuisvesting, de economische en de culturele¹³ sector grotendeels buiten de invloed van de verzuilers bleven; de sociale en medische sector nam een tussenpositie in. Ook Kruijt en Goddijn (1962: 238) stellen vast dat de landelijke organisatorische verzuildheidsgraad het hoogst was in het onderwijs en bij de jeugdvorming, het laagst echter op het gebied van de sport en de pers¹⁴; ook bij hen neemt de zieken- en gezondheidszorg een middenpositie in. En Moorman (1986: 59) laat zien dat de organisatorische verzuiling van het onderwijs groter was dan van de intramurale gezondheidszorg; binnen het onderwijs was de verzuiling sterker in het lager onderwijs dan in het voortgezet onderwijs.

Het zijn bovendien de meest vitale kerkgenootschappen die dit soort en andere soorten organisaties in het leven roepen. Zo waren het in de vorige eeuw en in het begin van deze eeuw de katholieken en gereformeerden, groeiende en stabiele groeperingen dus, die op grote schaal confessionele organisaties oprichtten. Daarentegen waren de hervormden, die tekenen van verval toonden, veel minder actief op dit gebied.

Ook bij het opheffen van confessionele organisaties spelen deze factoren mee. Toen Oost-Europa onder communistisch regime kwam, was het met de levensvatbaarheid van veel confessionele organisaties gedaan. Maar ook in ons land is de invloed van de staat merkbaar, bijvoorbeeld als de oprichtingscriteria worden verzwaaard of als de ondergrens voor leerlingenaantallen of ziekenhuisbedden worden verhoogd. Schaalvergroting en centralisatie impliceren in een pluralistische samenleving doorgaans een beperking van het aantal confessionele organisaties. Een voorbeeld op politiek vlak is het verhogen van de kiesdrempel bij verkiezingen. De eisen kunnen door al dit soort maatregelen de omvang van de eigen achterban te boven gaan.

Maar gegeven deze politieke context, slagen sommige religieuze groeperingen er beter in dan andere om hun eigen organisaties in stand te houden. Het zijn vooral de katholieken, bij wie de ontzuiling hard heeft toegeslagen. Thurlings (1978: 217) constateerde reeds, dat het verzet tegen de ontzuiling vooral van protestantse zijde kwam. En Pennings (1991: 201) laat in zijn studie naar verzuiling en ontzuiling op gemeentelijk niveau zien dat de katholieken in alle typen gemeenten inderdaad sterker ontzuilden dan de gereformeerden. Er zijn zelfs groeperingen die momenteel tegen de trend in juist een aantal nieuwe (confessionele) organisaties oprichten. Aan christelijke

13 Daaronder verstaat Pennings een groot aantal verenigingen op het terrein van cultuur en ontspanning, zoals muziek-, zang-, schutters-, toneel-, oranje- en speeltuinverenigingen, alsmede jeugdverenigingen (Pennings, 1991: 36 en 78).

14 Dit laatste is niet volgens onze verwachting. Het betreft echter een uiterst gering aantal landelijke organisaties op het gebied van het perswezen, namelijk zeven; dag- en weekbladen zijn daar niet in verdisconteerd.

kant moet men dan denken aan orthodox-gereformeerden en bevindelijk-gereformeerden, die eigen scholen, politieke partijen en dagbladen hebben opgericht, een omroeporganisatie (de Evangelische Omroep), een verpleeghuis, een psychiatrisch ziekenhuis en twee verzorgingshuizen (Dekker 1981; Dekker en Peters, 1989; Douma, 1987; Heij, 1991). En verder zijn moslims, joden en hindoes actief op het gebied van het onderwijs en de media. Andermaal blijkt hieruit naar welke sectoren de voorkeur uitgaat. Deze zijn het ook die men in een periode van achteruitgang het laatst zal willen prijsgeven. Zo wijst Thurlings (1978: 217) erop dat de Nederlandse bisschoppen voor de ontzuiling van de politieke en de vakbondssector meer barrières hebben weggeruimd dan opgeworpen, maar dat diezelfde bisschoppen in het geweer kwamen, toen het onderwijs in het geding was.

Ziekenhuiswezen

Ook inzake het ziekenhuiswezen spelen deze factoren een rol. Na de Tweede Wereldoorlog is de overheid zich in toenemende mate gaan bemoeien met de ziekenhuizen. Als gevolg daarvan is de verhouding tussen overheid en particulier initiatief drastisch gewijzigd. Was het optreden van de overheid voorheen complementair aan dat van het particulier initiatief, thans is eerder het omgekeerde het geval. Met name de financiële verantwoordelijkheid is sterker bij de overheid komen te liggen. En omdat de kosten voor de gezondheidszorg dermate toenamen, zag diezelfde overheid zich gedwongen allerlei maatregelen te nemen om de kosten binnen de perken te houden. Onder andere schaalvergroting en regionalisatie werden in dat verband als oplossingen gezien. Daardoor nam het aantal (algemene) ziekenhuizen met 13% af (bijna één op de zeven verdween) en het waren vooral de kleine ziekenhuizen (met minder dan 100 bedden) die het moesten ontgelden; in 1957 namen zij 39% van het aantal ziekenhuizen voor hun rekening, in 1977 nog slechts 12% (Moorman, 1986: 22-23). En omdat de confessionele ziekenhuizen onder die kleine oververtegenwoordigd waren (Drogendijk, 1975: 56), kwamen juist zij sterk onder druk te staan.

Toch blijft de ontzuiling in deze sector tot in de jaren tachtig nog beperkt, in die zin dat het percentage niet-confessionele instellingen slechts in geringe mate stijgt. Het percentage katholieke ziekenhuizen neemt weliswaar af, maar deze afname wordt vrijwel volledig gecompenseerd door de opkomst van algemeen-christelijke of interconfessionele instellingen (Moorman, 1986: 60). Ongeveer hetzelfde zien we gebeuren bij psychiatrische ziekenhuizen en bij instellingen voor zwakzinnigenzorg. Het zijn vooral de katholieke instellingen die in aantal achteruitgaan, de protestantse veel minder, maar het percentage niet-confessionele instellingen neemt slechts weinig toe, omdat bij een groot deel van de instellingen de signatuur verschuift in de richting van algemeen-christelijk of interconfessioneel (Schnabel en Delnooz, 1983). Dat katholieken zoveel sterker ontzuilen dan protestanten, is tegen de achtergrond van één van de conclusies van Pennings (1991: 205) opmerkelijk. Hij constateerde namelijk, dat de ontzuiling in een meerderheidssituatie geringer was dan in een

minderheidssituatie. Welnu, terwijl vergeleken met de protestanten een groter deel van de katholieken in een meerderheidssituatie verkeert (Pennings, 1991: 61), zijn het desondanks de katholieken die sterker ontzuilen dan de protestanten.

Conclusie

Wat kunnen we nu op basis van het voorafgaande concluderen omtrent de plaats van de godsdienst in het ziekenhuis?

De secularisatiethese veronderstelt een toenemende irrelevantie van de godsdienst voor de medische sector en derhalve ook voor het ziekenhuis. Toen de inbreng van de medici bepalend werd voor het werk in het ziekenhuis, werd de medische rationaliteit er maatgevend. Ook de overheid heeft de laatste decennia meer invloed gekregen, om financieel-economische redenen. Voor beide staat efficiency hoog in het vaandel; het gaat erom dat er in het ziekenhuis functioneel-doelmatig wordt gewerkt. In vergelijking daarmee is de godsdienstige oriëntatie gemarginaliseerd; zij is er niet meer centraal, noch maatgevend. Een confessioneel ziekenhuis, een ziekenhuis dat zich baseert op een bepaalde godsdienst, is volgens de secularisatiethese op termijn niet bestaanbaar. De geconstateerde ontzuiling is daar een logisch gevolg van.

Voorzover men aan de godsdienst nog een plaats toekent, is dat binnen het privé-leven; een geprivatiseerde godsdienst is dan het type godsdienst dat hoort bij een moderne, gesecculariseerde samenleving. In die hoedanigheid kan zij ook binnen het ziekenhuis gehonoreerd worden en door een pastorale dienst of dienst geestelijke verzorging worden ondersteund. Maar daarvoor is geen confessioneel ziekenhuis nodig, zoals blijkt uit het feit dat een dienst geestelijke verzorging momenteel een vast onderdeel is van elk ziekenhuis. In die (geprivatiseerde) hoedanigheid is de godsdienst echter niet meer relevant voor het medisch en verpleegkundig handelen.

Desondanks zijn nog veel ziekenhuizen confessioneel. Statutair wordt daarmee aangegeven, dat men de godsdienst binnen het ziekenhuis een relevante factor vindt. Dat is geen noodzakelijkheid, maar een keuze die men maakt. En het ziekenhuiswezen is één van die sectoren waar die keuze blijkbaar heel plausibel kan zijn; dat kan althans worden afgeleid uit het feit dat de ontzuiling in deze sector veel trager verloopt dan in andere sectoren van het maatschappelijk leven en uit het feit dat er bij alle ontzuiling juist in deze sector nieuwe stichtingen bij komen.

Waarin schuilt dan die relevantie? Ze is niet gelegen in de medisch-technische kant van de zorgverlening. 'Evenmin als er christelijk rekenen bestaat kunnen we spreken over christelijk bloedprikken of christelijk opereren' (Boer e.a., 1993: 47). Voor de psychiatrie geldt hetzelfde. Van Belzen concludeert dat de in 1884 opgerichte Vereniging tot Christelijke Verzorging van Geestes- en Zenuwzieken er ondanks de aspiratie van sommigen om een christelijke psychiatrie en psychologie op te bouwen, niet in is geslaagd een speciale, eigen christelijke behandeling en verpleging van krankzinnigen te ontwikkelen (Van Belzen, 1988: 61-65). De geneeskunde en de psychiatrie zijn gelaïciseerd

in die zin dat diagnose en behandeling volgens eigen routines verlopen en niet bepaald worden door de godsdienst. De relaties tussen arts, verpleegkundige en patiënt zijn in dit opzicht te kenmerken als 'gesellschaftlich' en verlopen functioneel.

Degenen die de godsdienst desalniettemin een relevante factor achten, verwijzen daarvoor naar twee zaken (Boer e.a., 1993: 47-55). De ene is het terrein van de ethiek. In elk van de verschillende typen ziekenhuizen komt men te staan voor ingrijpende ethische keuzen ten aanzien van bijvoorbeeld het gebruik van kunstmatige voortplantingstechnieken, de toepassing van euthanasie en het staken van behandelingen en, in de psychiatrie, hulp bij suïcide. In veel gevallen zal het onmogelijk zijn die keuzen te maken zonder te verwijzen naar onderliggende levensbeschouwelijke waarden en normen. Een godsdienstige levensbeschouwing is dan niet per se noodzakelijk, maar kan wel een van de mogelijke oriëntaties zijn waar men voor kiest.

Daarnaast wordt de godsdienst als een relevante factor gezien daar waar de zieke als 'vragende, klagende en lijdende mens' (Moorman, 1986) in het geding is. Daar waar sprake is van existentiële nood, waar de vraag naar de zin van het bestaan aan de orde is. Met name als het om een langdurige opname of verblijf gaat of om een ingrijpende behandeling of verzorging, zal die vraag gesteld worden. En ook hier geldt: het antwoord op die vraag hoeft niet per se vanuit een godsdienst gezocht of aangereikt te worden, maar men kan daar wel voor kiezen. In elk geval staat hier niet de ziekte, maar de zieke centraal. Het gaat niet om iets technisch, maar om een mens die in het geding is. In die omstandigheden zijn functionele en 'gesellschaftliche' relaties ontoereikend. Ziekenhuizen zijn instellingen waar naast dit type relaties tegelijkertijd behoefte bestaat aan persoonlijke, 'gemeinschaftliche' relaties.

De dienst geestelijke verzorging is erin gespecialiseerd om de mens bij zijn vragen en lijden terzijde te staan. Doorverwijzing naar zo'n dienst is dus zeker op zijn plaats. Maar vragen, klagen en lijden zijn niet aan tijd gebonden. Verpleegkundigen en ziekenverzorg(st)ers worden er te pas en te onpas mee geconfronteerd. Op die manier kan de levensbeschouwelijke, c.q. de godsdienstige oriëntatie in de alledaagse relatie die de verpleegkundige met de patiënt heeft, relevant zijn. Wanneer het verblijf van korte duur is en het om een betrekkelijk eenvoudige routine-behandeling gaat, ligt het voor de hand te veronderstellen dat vragen, klagen en lijden minder intens zullen zijn. In een algemeen ziekenhuis zal de godsdienst voor velen daarom een weinig relevante factor zijn, in ieder geval nauwelijks meer dan in het dagelijkse leven buiten het ziekenhuis. Des te meer zal ze dat kunnen zijn in een verpleeghuis, een zwakzinnigeninrichting of psychiatrisch ziekenhuis, waar men doorgaans langdurig verblijft, of in een algemeen ziekenhuis, wanneer het althans om een ingrijpende behandeling gaat.

In deze studie richten we ons, zoals in de inleiding reeds aangegeven, op de betekenis van de godsdienst voor het dagelijkse werk van verplegenden en verzorgenden, daar waar de relatie met de patiënt aan de orde is. Dat werk

vindt echter plaats binnen de context van een ziekenhuisorganisatie. Nu gaat het in ons onderzoek om ziekenhuizen die volgens de statuten allemaal christelijk zijn; ze hebben met andere woorden een christelijke grondslag. Maar de wijze waarop die grondslag vertaald wordt in beleid, de wijze waarop men zich als een christelijk ziekenhuis profileert, kan sterk verschillen. Voor die 'profilering' zullen we de term 'identiteit' hanteren. Identiteit is dus een ruimer begrip dan grondslag, maar blijft in deze studie uitdrukkelijk beperkt tot het niveau van de ziekenhuisorganisatie. En uit de invulling van de identiteit zal blijken hoe relevant de godsdienst op dat niveau is. Daarmee komen we toe aan de vragen die in het volgende hoofdstuk, dat over de opzet van het onderzoek gaat, centraal zullen staan. Op welke wijze proberen de ziekenhuizen waar wij ons onderzoek gehouden hebben, hun christelijke identiteit te realiseren? En heeft wat het ziekenhuis in dit opzicht nastreeft, enig effect op de houdingen en gedragingen van de verpleegkundigen?

2. Probleemstelling en onderzoeksopzet

In het vorige hoofdstuk is uiteengezet dat de zuilen niet bestand zijn gebleken tegen de secularisatie. De oorzaak daarvan was volgens Dobbelaere (1988: 33-34) daarin gelegen, dat die processen die geleid hebben tot en kenmerkend zijn voor de secularisatie van de samenleving, ook binnen de zuilen zijn doorgedrongen. In dat verband kan onder andere gewezen worden op de toenemende specialisering en de groeiende functionele rationaliteit. In samenhang daarmee is de godsdienst ook in christelijke organisaties zijn centrale plaats kwijtgeraakt en, al of niet bewust, gemarginaliseerd. In het verlengde daarvan is een groot deel van die organisaties gedeconfessionaliseerd.

Waar dat laatste niet heeft plaats gevonden, resteerde voor de godsdienst vaak toch niet meer dan een bescheiden plaats in de organisatie. Zo zijn er in christelijke ziekenhuizen weliswaar pastorale diensten opgericht, zodat er voor de godsdienst een structurele plaats behouden bleef, maar deze diensten zijn vaak niet meer dan mini-diensten, administratief weinig of niet gesteund, terwijl daarnaast 'uitgebreide medische, administratieve en logistieke diensten' bestaan (Dobbelaere, 1988: 30). Dat er ook in niet-christelijke ziekenhuizen pastorale diensten zijn, mag erop wijzen dat godsdienst (of meer in het algemeen: levensbeschouwing) van betekenis wordt geacht binnen de gezondheidszorg, maar dat verandert weinig aan het feit dat hij nu, in vergelijking met vroegere tijden, minder centraal staat.

Het meest typerend daarvoor zijn wellicht de culturele veranderingen die hebben plaats gevonden, meer dan de structurele veranderingen. In cultureel opzicht heeft zich namelijk een verschuiving voorgedaan van substantiële naar functionele rationaliteit; er wordt in het algemeen veel minder gerefereerd aan de godsdienstige grondslag of aan godsdienstige oriëntatieschema's en ook in christelijke ziekenhuizen worden de economische en medische rationaliteiten sterk beklemtoond (Dobbelaere, 1988: 31). In een dergelijke constellatie, zo hebben we in het vorige hoofdstuk gezien, krijgen de onderlinge relaties een sterk functioneel karakter: specialistisch, segmentair, onpersoonlijk en vluchtig.

Behalve gemarginaliseerd is de godsdienst in een moderne en geseculariseerde samenleving ook in toenemende mate geprivatiseerd; godsdienst wordt beschouwd als een privé-zaak, 'irrelevant voor institutionele contexten buiten de privé-sfeer' (Berger, 1969a: 149-150). In deze gedachtegang past het dat organisaties de levensbeschouwing van hun personeel respecteren en niet als selectie criterium hanteren. Voor het personeel van zijn kant komt het erop neer dat buiten de privé-sfeer, dat wil zeggen in de publieke sector en dus ook in christelijke ziekenhuizen, de functionele rationaliteit steeds meer richtinggevend wordt voor het handelen en de substantiële steeds minder.

Dat er in ziekenhuizen pastorale diensten bestaan, betekent niet dat de godsdienst daar niet geprivatiseerd zou zijn. Wanneer de pastorale dienst zich

namelijk beperkt tot service aan individuele zieken in nood, zonder verdere inbreng in of betrokkenheid bij de overige sectoren van de ziekenhuisorganisatie, wordt minstens impliciet aangegeven dat zij weliswaar relevant is voor de persoonlijke leefwereld van de patiënt, maar niet, of althans veel minder, voor de institutionele context; en dat is juist wat onder privatisering wordt verstaan.

Kritiek op de secularisatiethese

Toch zou het te ver gaan, zoals soms wel wordt gesuggereerd, te concluderen dat secularisatie een mechanisch en lineair verlopend proces is. Tegen een dergelijke secularisatie-opvatting is terecht veel bezwaar gerezen. Dekker en Tennekkes (1981: 19) houden er bijvoorbeeld rekening mee, dat in een bepaalde samenleving ook sprake kan zijn van het tegendeel van secularisatie, namelijk 'religionization'. En Dobbelaere (1981: 64) betoogt dat allerlei personen en groeperingen zich verzetten tegen de voortschrijdende secularisatie en dat er daarom geen sprake kan zijn van een deterministisch proces.

Ook de stelling dat de godsdienst buiten de privé-sfeer irrelevant zou zijn, is bekritiseerd; dat zou minstens naar tijd, plaats en maatschappelijke sector onderzocht moeten worden. Zo is ten onzent bijvoorbeeld Peters nagegaan of de godsdienst een relevante factor is voor de gedragingen en beslissingen van mensen in de politieke sfeer. En zijn conclusie laat weinig twijfel bestaan: 'In Nederland (...) is de religieuze factor uitermate relevant voor de politieke beslissingen en het politieke zelfbeeld van mensen' (Peters, 1985: 126). Naar aanleiding van deze en soortgelijke onderzoeksuitkomsten pleiten Felling, Peters en Schreuder (1986: 117) ervoor op te houden met 'alsmaar te spreken over de irrelevantie van de traditionele religie in de moderne samenleving, zoals we er evenzeer vanaf moeten zien de invloed van de traditionele religie tot de privé-sfeer te beperken'. De these van de secularisatie is volgens hen dan ook geen 'getrouwe afspiegeling van de realiteit (...); ze is eerder een paradigma, een oriëntatieschema dat hulp biedt bij het formuleren van onderzoeksvragen' (Felling, Peters en Schreuder, 1986: 21). Onderzoek zal moeten uitmaken, of en in welke mate er in concrete situaties sprake is van secularisatie.

Wij zullen dat nu nagaan voor de protestants-christelijke ziekenhuizen in Nederland in de jaren tachtig. Een opdracht van de Christelijke Vereniging van Ziekenhuizen en Diakonessenhuizen (CVZ) maakte dit onderzoek mogelijk. Bij deze protestantse koepelorganisatie waren op het moment van het onderzoek 94 ziekenhuizen aangesloten: algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, zwakzinnigeninrichtingen, verpleeghuizen en categorale ziekenhuizen¹. In het vervolg van dit hoofdstuk zal nu eerst de probleemstelling worden uitgewerkt (paragraaf 2.1); vervolgens zullen de belangrijkste concepten uit die probleemstelling worden geoperationaliseerd (paragraaf 2.2) en het

1 Zie bijlage 1 voor een overzicht van al deze ziekenhuizen.

hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de onderzoeksopzet en het verloop van het veldwerk (paragraaf 2.3).

2.1. PROBLEEMSTELLING

De vraag die in ons onderzoek centraal staat, kan als volgt geformuleerd worden: is de christelijke godsdienst in de CVZ-ziekenhuizen zozeer geprivatiseerd, dat hij nog alleen voor individuen en hun privé-leven relevant is, of is hij een factor die ook voor het ziekenhuis als zodanig, alsook voor het werk van verplegenden en verzorgenden van betekenis is? Het zal duidelijk zijn, dat het ons met die vraag niet om de grondslag gaat, zoals verwoord in de statuten, want volgens de statuten hebben alle CVZ-ziekenhuizen een christelijke grondslag. Neen, het gaat ons om de wijze waarop de christelijke godsdienst in het ziekenhuis gestalte krijgt. En we zullen met name twee niveaus onderzoeken: het beleid van de ziekenhuisorganisatie en het dagelijkse werk van het personeel.

Van privatisering van de godsdienst, zo zagen we in de paragrafen 1.2.2 en 1.2.3, kan sprake zijn op twee niveaus. Op macro-niveau betekent privatisering dat de godsdienst zich terugtrekt uit het publieke domein, irrelevant wordt voor institutionele contexten buiten de privé-sfeer en zich vestigt in het privé-domein. Op micro-niveau betekent privatisering dat de godsdienst steeds minder relevant wordt voor het handelen van het individu in de publieke sfeer. Deze twee niveaus komen in onze vraagstelling terug. We vragen namelijk naar de relevantie van de godsdienst voor het domein van de gezondheidszorg, in ons geval: voor het beleid van de ziekenhuisorganisatie, en naar de relevantie voor het dagelijkse werk van verplegenden en verzorgenden.

Onderzoek naar de betekenis van de godsdienst in het ziekenhuis is onderzoek naar de betekenis van (een bepaald deel van de) cultuur in een organisatie. Immers, wanneer we cultuur met Van Doorn en Lammers (1966: 89) mogen omschrijven als het geheel van collectieve opvattingen omtrent waarden, normen, doeleinden en verwachtingen, dan is godsdienst te beschouwen als een cultuurelement. Nu is er binnen de organisatiesociologie altijd veel meer aandacht geweest voor de structuur dan voor de cultuur. Cultuur gold immers als 'het domein van de irrationaliteit, van de "zachte" fenomenen, van het niet meetbare en nauwelijks manipuleerbare' (Frissen, 1986: 533).

De laatste tijd neemt echter het inzicht toe, dat cultuur voor het reilen en zeilen van een organisatie van groot belang is. De aanzet werd in het begin van de jaren tachtig gegeven door enkele studies over succesvolle ondernemingen, waar het succes vooral bepaald werd door de kracht van en de consensus over centrale waarden. Sindsdien wordt er in publicaties over organisatiecultuur regelmatig op gewezen, dat 'een sterke cultuur' gunstig is voor het slagen van een onderneming en dat een organisatie daarom in zijn cultuur moet investeren. Maar ook de cultuur van de omgeving is van invloed; die cultuur

bepaalt namelijk de randvoorwaarden, waarbinnen de organisatie moet opereren. Vooral internationale organisaties dienen daar rekening mee te houden. In ons onderzoek zullen we ons beperken tot de 'interne' cultuur van de ziekenhuisorganisatie.

Organisatie en cultuur

'Elke organisatie heeft een cultuur: een eigen geheel van waarden en normen (...) die uitdrukken, wat als goed en wenselijk wordt gezien en wat als afkeurenswaardig en onwenselijk' (Frissen en Van Westerlaak, 1990: 98-99). Dergelijke waarden en normen kunnen ten aanzien van allerlei zaken binnen de organisatie een rol spelen: bij de keuze van de producten die men wil vervaardigen, de wijze waarop men met klanten omgaat, de medewerkers die men aantrekt. Ze komen voorts tot uiting in symbolen en rituelen en in de stijl van de leider; de leider vervult in zijn voorbeeldgedrag een culturele rol, hij is de personificatie van de waarden van de organisatie.

Wat een organisatie van belang vindt, drukt ze in geconcentreerde vorm uit in haar missie, die zowel de identiteit van de organisatie als haar dagelijkse 'manier van doen' betreft; denk bijvoorbeeld aan slogans en uitspraken waarmee men zich naar buiten presenteert. Een sterke missie geeft een gevoel van uniciteit en daarmee van verbondenheid en vormt een belangrijke richtsnoer voor het handelen (idem, 1990: 99). De eigen cultuur van een organisatie is niet bij voorbaat bekend bij nieuwe leden, maar dient op een gerichte wijze via opleidingen en introductieprogramma's of op een meer informele wijze overgedragen te worden. Tegelijkertijd zal men daarbij rekening moeten houden met de cultuur van de omgeving waarin de leden participeren.

Wat Frissen en Van Westerlaak hier over organisatie en cultuur in het algemeen zeggen, geldt ook voor christelijke organisaties en voor dat deel van hun cultuur dat bepaald wordt door de christelijke godsdienst. Zeker in het verleden, maar ook thans, zijn er diverse organisaties (geweest) die de christelijke godsdienst en de daarmee verbonden waarden en normen tot grondslag van hun organisatie hebben gekozen. Dat werd niet alleen statutair vastgelegd, maar was bovendien medebepalend voor het product: de inhoud van het onderwijsprogramma op scholen, bijvoorbeeld, of de aard van de dienstverlening in ziekenhuizen en welzijnsinstellingen en het soort informatie dat men als persorgaan of omroep verschaftte. Maar om dat eigen product aan te kunnen bieden, had men personeel nodig dat zich kon verenigen met de doelstellingen van de instelling en de daar heersende waarden en normen kon onderschrijven. Daarom speelde de godsdienst zo'n grote rol bij de werving van het personeel en werd de eigen cultuur aan nieuwe leden overgedragen en bevestigd door middel van symbolen en via regelmatig terugkerende rituelen.

Hoe staan wat dat betreft de christelijke ziekenhuizen in Nederland er voor? Is de christelijke godsdienst in deze ziekenhuizen een irrelevante factor geworden, gemarginaliseerd en geprivatiseerd, of kan daar nog wel degelijk gesproken worden van een betekenisvolle aanwezigheid van de godsdienst? Voeren

de ziekenhuizen een beleid waaruit blijkt dat men de christelijke godsdienst voor de organisatie van betekenis acht? En geeft men daar in de presentatie naar buiten en intern door middel van communicatie en via symbolen en rituelen uiting aan? Onze vragen reiken echter verder. Want uiteindelijk gaat het niet om de organisatie en het beleid op zich, maar om de patiënt en de wijze waarop het personeel met patiënten omgaat. We zullen daarom ook nagaan, of het beleid dat de ziekenhuizen in dit opzicht voeren, van invloed is op het denken en doen van het verplegend en verzorgend personeel. Vanuit de literatuur over organisatiecultuur zal men dat mogen veronderstellen, vanuit de gedachte van een groeiende individualisering wellicht betwijfelen.

We zullen de probleemstelling nu verder uitwerken, zowel wat betreft het niveau van de organisatie, als dat van de individuele verpleegkundige en ziekenverzorg(st)er.

2.1.1. Organisatie

Zoals gezegd, hebben wij ons onderzoek verricht onder ziekenhuizen die zijn aangesloten bij de CVZ, een protestants-christelijke koepelorganisatie. We kunnen daarom geen vergelijking maken tussen deze ziekenhuizen en katholieke of niet-confessionele ziekenhuizen. De probleemstelling zal zich dienen te beperken tot de CVZ-ziekenhuizen. Dat de christelijke godsdienst voor de cultuur in deze ziekenhuizen bij voorbaat een relevante factor is, is echter allerminst vanzelfsprekend. Want ook als christelijke organisaties in structureel opzicht blijven bestaan, kunnen ze in cultureel opzicht wel degelijk seculariseren. Zo betoogt Dobbelaere (1979: 48-49; zie ook: Dobbelaere, Ghesquiere-Waelkens en Lauwers, 1974: 232) voor België, dat overeenkomstig de privatiseringsthese de godsdienst ook in christelijke ziekenhuizen in hoge mate als een privé-aangelegenheid beschouwd wordt en van weinig betekenis is voor het beleid van de organisatie en de dagelijkse gang van zaken op de ziekenafdelingen.

Frissen en Van Westerlaak stelden, dat de cultuur ten aanzien van allerlei zaken binnen de organisatie een rol speelt. En zij wezen daartoe op het product van de organisatie, de omgang met klanten, de werving en opleiding van het personeel, symbolen, rituelen en de stijl van de leider. In al deze elementen wordt de cultuur van een organisatie tot uitdrukking gebracht. In aansluiting daarop veronderstellen wij, dat de mate van privatisering van de christelijke godsdienst in deze elementen en in het beleid daaromtrent tot uiting komt. In hoeverre is er met andere woorden in CVZ-ziekenhuizen sprake van een christelijke identiteit, wanneer we de impact van de godsdienst op deze organisatorische zaken aan een nadere analyse onderwerpen? We stellen met andere woorden de vraag of de CVZ-ziekenhuizen zich in hun organisatie en beleid als *christelijke* ziekenhuizen profileren.

Men mag verwachten dat de diverse ziekenhuissectoren in dit opzicht verschillen. Ze worden immers niet alle op gelijke wijze gekenmerkt door factoren die

met secularisatie samenhangen, zoals functionele differentiatie, medische rationaliteit en professionalisering. In algemene ziekenhuizen zullen deze verder zijn doorgedrongen dan in zwakzinnigeninrichtingen en verpleeghuizen. Ook het feit dat patiënten in de twee laatstgenoemde ziekenhuissectoren permanent verblijven en in algemene ziekenhuizen slechts gedurende een korte tijd, zal daarmee samenhangen. Het zal geen toeval zijn dat men in zwakzinnigeninrichtingen en verpleeghuizen bij voorkeur spreekt van 'bewoners' en dat het accent daar meer ligt op verzorging, terwijl het accent in algemene ziekenhuizen eerder ligt op behandeling en men er de term 'patiënt' hanteert.

Dat het gebruik van de term 'patiënt' of 'bewoner' niet willekeurig is, kan geadstrueerd worden aan de hand van een onderzoek naar de organisatiecultuur van een verpleeghuis in het Rijnmondgebied. Het betreffende verpleeghuis wil, anders dan andere verpleeghuizen, prioriteit geven aan 'medische zorgverlening (...) boven een eenzijdige preoccupatie met het welzijn van bewoners'. Terwijl veel verpleeghuizen onder zorgverlening verstaan: het bieden van een huiselijke omgeving, vindt men in dit huis juist de 'behandelkant' van het zorgproces belangrijk (McCreedy, Nieuwstraten en Nievaard, 1995: 61). In dit verpleeghuis wordt dan ook veel tijd en aandacht besteed aan 'allerlei therapieën, zoals ergo- en fysiotherapie, muziek- en creatieve therapie, expressieve en bewegingstherapie'. Vanwege die doelstelling worden 'ouderen die in het verpleeghuis verblijven, (...) bewust patiënten genoemd en geen bewoners' (idem, 1995: 16). Een medische rationaliteit, zo zou men kunnen zeggen, maakt van bewoners patiënten.

De meeste verpleeghuizen, evenals zwakzinnigeninrichtingen, hebben echter 'bewoners' en leggen het accent meer op verzorging dan op behandeling. De medische rationaliteit, kenmerkend voor de secularisatie in de gezondheidszorg (McGuire, 1985), heeft er minder om zich heen gegrepen dan in algemene ziekenhuizen. We verwachten daarom dat zwakzinnigeninrichtingen en verpleeghuizen zich op het niveau van de organisatie en het beleid sterker als christelijke ziekenhuizen zullen profileren dan algemene ziekenhuizen. Over de positie van het psychiatrisch ziekenhuis in deze verkeren we in het ongewisse. Aan de ene kant ligt het accent er sterker op behandelen dan op verzorgen (hoewel dat voor de chronische patiënten weer minder op zal gaan), aan de andere kant is het verblijf er doorgaans veel langer dan in algemene ziekenhuizen (hoewel er ook kortdurende behandelingen voorkomen).

Op het niveau van de organisatie gaat onze aandacht, zoals gezegd, uit naar de identiteit, dat wil zeggen de materiële betekenis van de godsdienst, en niet naar de grondslag, de formele betekenis, zoals vastgelegd in de statuten. Het zijn immers allemaal christelijke ziekenhuizen. Toch moeten we dat nu enigszins nuanceren. Bij de voorbereiding van het onderzoek werd ons namelijk duidelijk dat de christelijke grondslag door de diverse ziekenhuizen op uiteenlopende wijze werd omschreven: bij het ene nauw verbonden met een specifiek kerkgenootschap of kerkelijke richting (zoals 'hervormd' of 'gereformeerd'), bij het andere minder specifiek (bijvoorbeeld 'protestants-christelijk',

'algemeen-christelijk' of 'interconfessioneel'). In een aantal ziekenhuizen bleek de omschrijving van de grondslag in de loop der tijd te zijn gewijzigd, soms als gevolg van een fusie. Andere waren op dat moment verwikkeld in een fusieproces. De christelijke grondslag is met andere woorden nogal gevarieerd.

Nu is het in christelijke organisaties niet ongebruikelijk, te stellen dat het niet om de statuten gaat. Statuten verwoorden een intentie, maar als het daarbij zou blijven, zouden de organisaties niet aan hun doel beantwoorden. Hoe waar dat ook moge zijn, een dergelijke gedachtegang leidt soms tot de veronderstelling dat statuten onbelangrijk zijn, dat ze er niet toe doen. Als dat zo is, dan zou de christelijke identiteit niet mogen variëren met de wijze waarop de christelijke grondslag wordt verwoord. Elke samenhang tussen deze twee zou dan met andere woorden ontbreken. Of dat inderdaad zo is, zullen we nagaan.

Daarmee zijn de onderzoeksvragen met betrekking tot de ziekenhuisorganisatie geformuleerd. In het kort zijn het de volgende drie:

- In hoeverre is er in de door ons onderzochte ziekenhuizen sprake van een christelijke identiteit? Is de christelijke godsdienst er met andere woorden een relevante factor?
- Is de grondslag in dit verband nog van belang? Anders geformuleerd: is er een samenhang tussen identiteit en grondslag?
- Varieert de betekenis van de godsdienst al naar gelang de ziekenhuissector? Wat dat betreft, verwachten we dat de christelijke identiteit in verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen duidelijker naar voren komt dan in algemene ziekenhuizen. Voor psychiatrische ziekenhuizen waren er argumenten om ze in dit opzicht op één lijn te stellen met algemene ziekenhuizen, alsook met de twee andere sectoren.

In het volgende hoofdstuk zullen we de onderzoeksresultaten presenteren die op deze vragen naar de christelijke identiteit in organisatie en beleid een antwoord geven.

2.1.2. Verplegend en verzorgend personeel

De doelstellingen van een organisatie moeten uiteindelijk door het personeel gerealiseerd worden. Voor een organisatie is het daarom van vitaal belang, dat men personeel heeft dat zich in de centrale waarden van de organisatie herkent en deze draagt. Een beleid dreigt immers retoriek te worden, wanneer de waarden, normen en doeleinden van de organisatie niet gedeeld worden door haar personeelsleden. Uit de literatuur rond de ontzuiling zijn heel wat voorbeelden bekend waar dat het geval was en waar organisaties daardoor zozeer onder spanning kwamen te staan, dat ze hun beleid hebben moeten aanpassen (onder anderen Thurlings, 1978). Een van de centrale vragen in ons onderzoek is derhalve of de christelijke godsdienst ook voor het verplegend en verzorgend personeel een relevante factor is en of het beleid van de CVZ-

ziekenhuizen en de opvattingen van het personeel in dit opzicht op elkaar aansluiten. Slagen met andere woorden ziekenhuizen die het christelijk karakter van hun organisatie belangrijk vinden en zich in dat opzicht profileren, erin over personeel te beschikken dat deze doelstelling deelt?

In ons onderzoek hebben we die vraag toegespitst op een bepaald deel van het personeel, namelijk verplegenden en verzorgenden. Ziekenhuizen zijn er immers om patiënten te behandelen, te verplegen en te verzorgen. En de groep die het meest direct en het meest frequent met die patiënten omgaat, zijn de verplegenden en verzorgenden: verpleegkundigen, ziekenverzorg(st)ers en groepsleid(st)ers. Hoe belangrijk artsen² bij de behandeling ook mogen zijn, hun contact met patiënten is veel incidenteler en vluchtiger (want: functioneler) dan het contact van verplegenden en verzorgenden met patiënten. Dat geldt zeker in zwakzinnigeninrichtingen en verpleeghuizen, waar het accent meer op verzorging dan op behandeling ligt. Om die reden hebben wij ons onderzoek niet onder artsen gehouden. Daar komt bij dat artsen doorgaans niet in dienst zijn van het ziekenhuis en dat de invloed van het (beleid van het) ziekenhuis bij de werving en selectie van artsen dus veel geringer is dan ten aanzien van verplegenden en verzorgenden. Voor de operationalisering van een en ander verwijzen we naar de volgende paragraaf, de onderzoeksbevindingen staan in hoofdstuk 4.

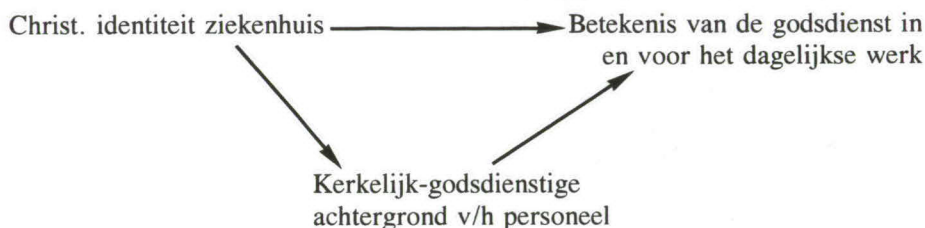
We verwachten dat er een samenhang is tussen de christelijke identiteit van het ziekenhuis en de mate waarin de godsdienst in het denken en doen van het verplegend en verzorgend personeel van betekenis is. Organisaties zullen immers personeel aantrekken, dat de doeleinden ondersteunt. Waar de godsdienst in het geding is, lijkt de kans daarop het grootst, als men personeel werft met een kerkelijk-godsdienstige achtergrond. Onderzoeken in andere maatschappelijke sectoren hebben dat eerder aangetoond. We veronderstellen daarom dat ziekenhuizen die hun christelijke identiteit belangrijk vinden, de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van hun personeel niet als een pure privé-aangelegenheid zullen definiëren, maar deze als een selectie criterium bij sollicitatieprocedures zullen hanteren (Van den Bosch, 1989; Dobbelaere, 1988). Zij zullen dat doen vanuit de gedachte dat dergelijk personeel meer oog heeft voor de betekenis van de godsdienst voor de zorgverlening (Dobbelaere, Ghesquiere-Waelkens, Lauwers, 1974; Van den Bosch, 1989).

De christelijke identiteit van de ziekenhuisorganisatie is daarmee indirect van invloed op het denken en doen van het verplegend en verzorgend personeel, namelijk via de kerkelijk-godsdienstige achtergrond. Heeft de organisatie echter ook een direct effect, onafhankelijk van de kerkelijk-godsdienstige achtergrond? Daarvan is sprake, als het personeel *ceteris paribus*, dat wil zeggen bij gelijkblijvende kerkelijk-godsdienstige achtergrond, in het dagelijkse werk aan de factor godsdienst meer of minder betekenis toekent, al naargelang het ziekenhuis een groter of geringer belang hecht aan zijn christelijke

2 Mutatis mutandis geldt hetzelfde voor de andere therapeutische deskundigen.

identiteit. Vanuit de gedachte dat mensen handelen en denken overeenkomstig het netwerk waarin ze verkeren - en een organisatie is een netwerk - ligt het voor de hand een direct effect te veronderstellen. Daartegenover kan men stellen, dat de moderne mens op indringende wijze een proces van individualisering doormaakt. Dat komt erop neer, 'dat de individuen in onze huidige samenleving in vergelijking met vroeger een veel grotere persoonlijke autonomie bezitten' (Schreuder, 1994: 39). En op grond daarvan zou men gereede twijfel kunnen hebben omtrent een direct effect van de organisatie op het individu. Naar aanleiding van deze overwegingen is model 2.1 opgesteld.

Model 2.1



In aansluiting op dit model kunnen de volgende hypothesen geformuleerd worden.

1. De kerkelijk-godsdienstige achtergrond van het verplegend en verzorgend personeel is van invloed op de betekenis die dat personeel aan de christelijke godsdienst in de zorgverlening toekent.
2. In ziekenhuizen die hun christelijke identiteit profileren, heeft een groter deel van het personeel een kerkelijk-godsdienstige achtergrond dan in ziekenhuizen waar dat minder het geval is.
3. De christelijke identiteit van het ziekenhuis hangt positief samen met de betekenis die het personeel aan de godsdienst in het dagelijkse werk toekent, en wel op een indirecte wijze via de in hypothesen 1 en 2 veronderstelde samenhangen.
4. Daarnaast bestaat er, ongeacht de eigen kerkelijk-godsdienstige achtergrond van het personeel, een directe relatie tussen de identiteit van het ziekenhuis en de betekenis die het personeel aan de godsdienst in de zorgverlening toekent.
5. De mate waarin men de godsdienst in de zorgverlening betekenis toekent, wordt verklaard door de identiteit van het ziekenhuis en door de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van het personeel.

Dat ons onderzoek alleen gehouden is bij ziekenhuizen die zijn aangesloten bij de CVZ, heeft een nadeel. We kunnen nu niet nagaan, of het beleid in de door ons onderzochte ziekenhuizen meer bepaald wordt door de christelijke gods-

dienst dan het beleid in niet-christelijke ziekenhuizen. En ook niet, of die godsdienst voor het dagelijkse werk van onze respondenten van meer betekenis is dan bij het verplegend en verzorgend personeel in niet-christelijke ziekenhuizen. Men kan dat hooguit veronderstellen - en daar zijn, zoals we nog zullen zien, goede gronden voor - maar we hebben het niet onderzocht.

Vervolgens mag verondersteld worden, dat de relaties tussen de diverse variabelen en de verklaringskracht van het model geringer zijn dan wanneer ook niet-christelijke ziekenhuizen bij het onderzoek waren betrokken. In dat laatste geval zou immers de variantie van de diverse variabelen veel groter geweest zijn dan nu. Aan de andere kant kan gesteld worden, dat als het model onder de huidige (tot de CVZ beperkte) omstandigheden opgaat, het des te meer zal gelden voor de totale populatie van ziekenhuizen.

De analyseresultaten ten aanzien van de hierboven geformuleerde hypothesen zullen in hoofdstuk 4 gepresenteerd worden. We gaan nu over tot de operationalisering van de belangrijkste concepten.

2.2. OPERATIONALISERING

In de voorafgaande paragraaf werden verschillende concepten gehanteerd, die echter eerst geoperationaliseerd zullen moeten worden, voordat ze onderzocht kunnen worden. Het betreft de volgende concepten: de christelijke identiteit (van ziekenhuizen), de kerkelijk-godsdienstige achtergrond (van het verplegend en verzorgend personeel) en de betekenis of relevantie van de godsdienst voor de zorgverlening. Deze zullen we nu achtereenvolgens behandelen.

2.2.1. De christelijke identiteit

In aansluiting op Frissen en Van Westerlaak (1990) hebben wij in de vorige paragraaf aangegeven dat de christelijke identiteit van een ziekenhuis kan blijken uit het product van de organisatie, de omgang met klanten, de werving en opleiding van het personeel, de symbolen en rituelen en de stijl van de leider. Omdat de kern van ons onderzoek betrekking heeft op het verplegend en verzorgend personeel, is de operationalisering van die identiteit ook zoveel mogelijk in relatie daarmee geschied. Dat betekent dat wij zijn nagegaan wat de plaats en betekenis van de christelijke godsdienst is bij de werving en opleiding van het verplegend en verzorgend personeel. Ook het product van de organisatie, de omgang met klanten en symbolen en rituelen zijn geoperationaliseerd in relatie met het verplegend en verzorgend personeel. De vraag in dat kader is of de organisatie bepaalde verwachtingen heeft omtrent de houding van dat personeel voor wat betreft de betekenis van de godsdienst bij het verpleegkundig handelen en of ze verwachtingen heeft omtrent de bijdrage van dat personeel aan de realisering van godsdienstige symbolen en rituelen. Ook zonder deze bijdrage van het verplegend en verzorgend personeel kunnen godsdienstige symbolen en rituelen in het geheel van de organisatie een rol

spelen; om die reden is dit element van de cultuur ook op zich geoperationaliseerd. Alleen de stijl van de leider betreft uitdrukkelijk niet het verplegend en verzorgend personeel en is door ons geoperationaliseerd naar bestuur en directie toe. We zullen nu achtereenvolgens de concrete operationalisering van de verschillende elementen van de christelijke identiteit behandelen.

Werving en selectie

De werving van het personeel geschiedt doorgaans in twee fasen. In de eerste fase poogt een organisatie een ruime pool van geschikte kandidaten te verkrijgen, waaruit in de tweede fase een keuze wordt gemaakt. Het meest gebruikte kanaal voor de eerste fase zijn de personeelsadvertenties, voor de tweede is dat het sollicitatiegesprek. Het zijn even zovele momenten om het eigene van de organisatie, de identiteit, onder de aandacht te brengen.

In een personeelsadvertentie worden potentiële kandidaten opgeroepen te solliciteren. Daartoe wordt uiteraard de betreffende functie nader omschreven en wordt aangegeven wat voor soort personeel men zoekt. Maar tegelijkertijd presenteert de organisatie zich: zij geeft een omschrijving van zichzelf, formuleert haar doelstellingen en geeft door middel van 'missistatements' aan wat ze belangrijk vindt. Immers, de betreffende werkzaamheden moeten *binnen deze organisatie* verricht worden. En op grond daarvan kunnen andere eisen gesteld worden dan voor eenzelfde functie in een andere organisatie. Tenslotte zal men om het geschikte personeel te vinden die media moeten hanteren, waarmee men de betreffende doelgroep het beste kan bereiken.

Om nu een beeld te krijgen van de christelijke identiteit van de ziekenhuizen is gevraagd of uit de personeelsadvertenties duidelijk blijkt dat het om een christelijk ziekenhuis gaat en of dat dan blijkt uit de omschrijving van het ziekenhuis zelf of ook uit de functie-eisen of verwachtingen die men omtrent de functieervulling heeft. Door middel van een vraag over de dagbladen, weekbladen of tijdschriften via welke men adverteert, is nagegaan of men met zijn advertentie (via christelijke bladen) ook een specifieke kerkelijke doelgroep wil bereiken. Wanneer nu noch het laatste het geval is, noch op enigerlei wijze uit de advertentie blijkt dat het om een functie in een christelijk ziekenhuis gaat of om een functie waarbij de godsdienst enigszins van belang is, kan men moeilijk stellen dat zo'n ziekenhuis zich profileert als een christelijk ziekenhuis.

In het sollicitatiegesprek gebeurt in principe hetzelfde, alleen uitgebreider en genuanceerder. Omdat de vereisten naar functieniveau kunnen verschillen, zijn hier afzonderlijk vragen gesteld over sollicitatiegesprekken met leerlingen, met gediplomeerden en met afdelingshoofden. Telkens werd de volgende set vragen gesteld:

- Wordt het christelijke karakter (van het ziekenhuis) op enigerlei wijze ter sprake gebracht?
- Welke verwachtingen stelt men dan omtrent de houding ten aanzien van de christelijke uitgangspunten? (een gesloten vraag met drie antwoordcategorie-

- en: 'geen' - 'minstens respect' - 'er wordt meer verwacht dan louter respect').
- In het laatste geval volgde nog een open vraag: Wat is dat 'meer' dat dan wordt verwacht? Op grond van het vooronderzoek (Schepens, 1982) mocht verondersteld worden dat hier gewezen zou worden op een bepaalde omgang met patiënten en bewoners, op godsdienstige ondersteuning en op een bijdrage aan de bestaande kerkelijk-godsdienstige rituelen.

Vanuit de gedachte dat de kerkelijke achtergrond van de sollicitant in deze belangrijk is, hebben we ook gevraagd naar de acceptatie (al of niet onder bepaalde voorwaarden) van enkele groeperingen die niet tot de 'doorsnee'-hervormde of gereformeerde richting behoren, zoals: katholieken, streng-orthodox protestanten, buitenkerkelijken en anti-kerkelijken.

Opleiding en vorming

Om de waarden en normen van de organisatie bij nieuwe leden bekend te maken, om nieuwe waarden en normen te introduceren en om bestaande te bevestigen staan een organisatie diverse mogelijkheden ter beschikking, zowel formele als informele. Gezien onze vraagstelling, die betrekking heeft op organisatie en beleid, gaat onze aandacht uit naar de formele kanalen die men daarvoor hanteert. Waar bij ziekenhuizen dan het eerst aan gedacht kan worden, is de interne opleiding voor eigen leerlingen. Vooral het vak 'levensbeschouwelijke vorming' biedt expliciet de gelegenheid om stil te staan bij de waarden en normen die in het ziekenhuis aan de orde zijn. Van een ziekenhuis dat zijn christelijke identiteit wil benadrukken, kan men daarom verwachten dat het dit onderdeel van de opleiding daartoe zal aangrijpen. We hebben derhalve vragen gesteld over de frequentie, doelstelling en inhoud van het vak levensbeschouwelijke vorming.

Uit ons vooronderzoek bleek ook dat ziekenhuizen in toenemende mate bij de interne opleiding samenwerken met andere ziekenhuizen. We vermoeden dat in zo'n geval de signatuur van het ziekenhuis waar men mee samenwerkt, van belang is voor de inhoud van het vak levensbeschouwelijke vorming, niet per se voor de frequentie waarmee dat vak gegeven wordt. Daarom zijn ook vragen gesteld over de structurele setting van de opleiding.

Voor de overdracht van waarden en normen bestaan er naast de eigen opleiding nog diverse andere mogelijkheden. We denken dan aan vormen van bijscholing, instructie en bezinning. Afhankelijk van de ernst die men maakt met de eigen identiteit, en van de creativiteit binnen de organisatie, zal men, zo verwachten wij, dit soort gelegenheden vaker aanreiken aan zijn personeel. In concreto is door ons gevraagd of men in het kader van bijscholing, nascholing of voortgezette vorming de laatste tijd cursussen of avonden heeft georganiseerd over levensbeschouwelijke onderwerpen, of het verplegend en verzorgend personeel op enigerlei wijze wordt geïnstrueerd of begeleid ten dienste van de pastorale zorg of godsdienstige begeleiding van patiënten/bewoners, of er de laatste tijd besprekingen zijn gevoerd over de christelijke signatuur van het ziekenhuis en door welke groeperingen daaraan is deelgenomen en of er

bijbel- of gespreksgroepen van personeelsleden bestaan. Omdat dit even zoveel mogelijkheden zijn om het eigene van het ziekenhuis naar het personeel toe te benadrukken, verwachten wij dat ziekenhuizen die belang hechten aan hun christelijke identiteit, dit soort bijeenkomsten vaker zullen organiseren dan ziekenhuizen die daar weinig of geen belang aan hechten.

Kerkelijk-godsdienstige rituelen

Vervolgens kan de christelijke identiteit van het ziekenhuis tot uitdrukking worden gebracht door middel van symbolen en rituelen. In concreto is dit aspect geoperationaliseerd door vragen over rituelen en praktijken die binnen de christelijke leefwereld gebruikelijk zijn: kerkdiensten en andere diensten binnen het ziekenhuis (zoals ochtendwijding, middagdienst of dagsluiting), bijbellezen, bidden en danken bij de maaltijden en bijzondere aandacht die men besteedt aan Kerstmis en Pasen (inclusief de voorbereidingsweken: respectievelijk advent en lijdensweken). Voor een deel gaat het met andere woorden om godsdienstige praktijken die bestemd zijn voor of gericht zijn op het hele ziekenhuis. De realisering daarvan valt dan onder de verantwoordelijkheid van de ziekenhuispastor(es); kerkdiensten zijn daar een duidelijk voorbeeld van. Maar gedeeltelijk gaat het ook om activiteiten die binnen de afdelingen plaats vinden en daardoor afhankelijk zijn van de medewerking en creativiteit van het verplegend en verzorgend personeel; het voorlezen uit de bijbel is zo'n activiteit. Daarom is ook gevraagd, of men in dit opzicht een bijdrage van het personeel verwacht of dat er anderszins verwachtingen bestaan omtrent de houding van het personeel voor wat betreft de betekenis van de godsdienst in de zorgverlening: 'Wordt van het verplegend en verzorgend personeel op enigerlei wijze verwacht dat het een bijdrage levert aan de pastorale zorg of godsdienstige begeleiding van patiënten/bewoners? Zo ja, wat wordt er van hen concreet verwacht?'

Bestuur en directie

Tenslotte kan de christelijke identiteit tot uiting komen in de stijl van de leider. De operationalisering daarvan is geschied door middel van vragen over gedragingen en houdingen van het bestuur en de directie van het ziekenhuis. Zij immers kunnen gezien worden als representanten van de organisatie. Zij worden geacht in hun beleidsmaatregelen 'de christelijke sfeer in het ziekenhuis te waarborgen en te stimuleren' (Dobbelaere, Ghesquiere-Waelkens, Lauwers, 1974: 32). We verwachten daarom dat er een samenhang bestaat tussen 'de christelijke identiteit' zoals die hierboven is geoperationaliseerd in relatie tot het verplegend en verzorgend personeel, en de mate waarin bestuur en directie zich betrokken tonen bij het christelijke karakter van het ziekenhuis. Om een beeld te krijgen van die betrokkenheid van het bestuur en met name de directie zijn de volgende vragen gesteld:

- In welke mate zijn bestuur en directie voorstander van de christelijke signatuur van het ziekenhuis?
- Zal het ziekenhuis, voorzover dat aan het bestuur en de directie ligt, over

10 jaar nog een christelijke signatuur hebben?

- Legt de directie er in haar optreden naar buiten de nadruk op dat het eigen ziekenhuis een christelijk ziekenhuis is?

Vervolgens is - om de verwachtingen van de organisatie ten aanzien van de directie te peilen - eenzelfde set vragen gesteld over sollicitatiegesprekken met externe directiekandidaten als over de sollicitatiegesprekken met leerlingen, gediplomeerden en afdelingshoofden. Daarnaast is gevraagd, of de directie een bijdrage levert aan de kerkelijk-godsdienstige rituelen of daarbij een stimulerende rol vervult. En tenslotte is, in voorkomende gevallen, gevraagd naar de betrokkenheid van de directie als (mede-)auteur van een nota over de signatuur, als deelnemer aan besprekingen over de signatuur en als initiatiefnemer van bij- of nascholingscursussen over levensbeschouwelijke onderwerpen.

Samenhang

Elk van de hierboven besproken elementen is een indicatie van de christelijke identiteit van het ziekenhuis. We veronderstellen bovendien dat er een samenhang bestaat tussen deze elementen. Een ziekenhuis dat het christelijke karakter van de organisatie wil benadrukken, zal zich daartoe niet beperken tot één van de genoemde elementen, maar ze alle, of een groot aantal daarvan, aangrijpen. Of een dergelijke samenhang bestaat en of er daarmee een zekere ordening is aan te brengen in de mate waarin de CVZ-ziekenhuizen zich profileren als christelijke ziekenhuizen, zal moeten blijken uit de analyses. We verwijzen daarvoor naar het volgende hoofdstuk.

2.2.2. Relevantie van de godsdienst voor de zorgverlening

In het voorafgaande is uiteengezet, hoe we de christelijke identiteit van de CVZ-ziekenhuizen willen meten. Via een groot aantal vragen willen we in kaart brengen, in welke mate de christelijke godsdienst voor deze organisaties en voor het beleid dat zij voeren, een relevante factor is. Profileren zij zich als een christelijk ziekenhuis, stemmen ze hun beleid daarop af en doen ze dat op een min of meer consistente wijze? Hoe belangrijk die organisatie ook moge zijn, zij is echter niet het meest centrale deel van onze probleemstelling. Centraal staat niet de relevantie van de godsdienst voor de organisatie, maar de relevantie van de godsdienst voor de zorgverlening, voor het dagelijkse werk op de afdelingen, voor de relatie tussen verplegenden en verzorgenden enerzijds en patiënten en bewoners anderzijds.

Of de godsdienst op dat niveau een relevante factor is, blijkt volgens ons uit een drietal zaken. Allereerst zijn dat de opvattingen die verpleegkundigen en ziekenverzorg(st)ers daaromtrent huldigen: vindt men datgene wat met godsdienst te maken heeft, voor het werk belangrijk? Vervolgens kunnen bepaalde gedragingen gezien worden als indicaties voor de wijze waarop men tegen het belang van de godsdienst aankijkt. En ten derde: het bestaan van confessionele organisaties duidt erop dat godsdienst in bepaalde sectoren van het maatschappelijk leven belangrijk wordt geacht, of minstens werd geacht ten tijde van de

oprichting van die organisaties. De opvattingen die het verplegend en verzorgend personeel over het bestaan van christelijke ziekenhuizen heeft, zijn derhalve ook een aanwijzing voor de betekenis die men de godsdienst toekent.

Deze drie aspecten zijn als volgt geoperationaliseerd. Of men godsdienst voor het werk belangrijk vindt, is gemeten als onderdeel van een serie vragen over diverse arbeidsaspecten en hun betekenis voor het werk in het ziekenhuis, zoals communicatie met collega's en patiënten, deskundigheid en vakbekwaamheid, orde en regelmaat, aandacht voor en inspraak van patiënten, maar ook: aandacht voor de religieuze dimensie.

Behalve uit opvattingen blijkt de relevantie van de godsdienst, zo stelden wij, uit concrete handelingen of gedragingen. Men kan dan denken aan specifiek godsdienstige handelingen. In dat verband is, voorzover bepaalde kerkelijke rituelen en praktijken in de betreffende ziekenhuizen voorkwamen, aan verplegenden en verzorgenden gevraagd of ze daar met en ten behoeve van de patiënten aan meedoen. Waar dergelijke praktijken niet voorkomen, resulteren uiteraard 'missing data'. Daarnaast is, ongeacht of de praktijk van het (voor)lezen uit de bijbel nog voorkomt, gevraagd of men het zinvol vindt om voor patiënten of bewoners uit de bijbel voor te lezen.

Het zijn echter niet alleen specifiek godsdienstige handelingen die erop wijzen dat de godsdienst een relevante factor is. Ook de mate van informatie en communicatie met collega's en patiënten over godsdienst en levensbeschouwing zijn daar een aanwijzing voor. Daarover zijn onder andere de volgende vragen gesteld:

- Wordt er binnen uw afdeling over kerkelijke en godsdienstige onderwerpen gesproken?
- Weet u in het algemeen wat uw collega's denken over zaken die te maken hebben met godsdienst en levensbeschouwing?
- Weet u tot welk kerkgenootschap of gezindte de patiënten van uw afdeling behoren?

Tevens is gevraagd, of men patiënten informeert over de kerkdiensten die in het ziekenhuis worden gehouden en of men daar wel eens over doorpraat. Religieuze communicatie kan betrekking hebben op een groot aantal thema's en kan op velerlei wijzen tot stand komen. Van der Slik (1992: 197) vond in zijn onderzoek naar de godsdienstigheid van ouders en hun kinderen dat religieuze communicatie beïnvloed wordt door concrete godsdienstige gedragingen of handelingen, zoals kerkbezoek en bidden. Communicatie komt met andere woorden niet zomaar tot stand, maar vanwege bepaalde gebeurtenissen of aanleidingen. Daarom hebben wij aan verplegenden en verzorgenden gevraagd, of ze met patiënten of bewoners wel eens napraten over een kerkdienst. Om dezelfde reden is gevraagd of ze wel eens over de bijbel praten.

Over het derde aspect, hoe men tegen het bestaan van christelijke ziekenhuizen aankijkt, kunnen we kort zijn. Daartoe is allereerst gevraagd, of men van oordeel is dat er christelijke ziekenhuizen moeten blijven bestaan of dat ze

eigenlijk net zo goed zouden kunnen verdwijnen. En vervolgens of men er persoonlijk de voorkeur aan geeft juist in dergelijke ziekenhuizen te werken.

Hoe het verplegend personeel op al deze thema's scoort, welke betekenis ze met andere woorden in en voor hun werk aan de godsdienst geven, zal nader worden uiteengezet in hoofdstuk 4.

2.2.3. Godsdienstige opvattingen en gedragingen

Tot slot zullen we uiteenzetten, op welke wijze de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van de verplegenden en verzorgenden, is geoperationaliseerd. Hier doet zich de vraag voor, welke definitie van 'godsdienst' men hanteert. In de sociologie bestaan daar twee soorten definities van: substantiële en functionele. De eerste definiëren godsdienst inhoudelijk, als een systeem van geloofsopvattingen en praktijken waarbij gerefereerd wordt aan een transcendente werkelijkheid. Niet alleen theïstische, maar ook deïstische systemen, die een diffusere notie van het transcendente hebben (bijvoorbeeld 'een hogere macht die het leven beheerst' of 'iets buiten deze wereld') worden daar dan toe gerekend. De tweede definiëren godsdienst naar de gevolgen voor individu of samenleving. Voorbeelden daarvan zijn de definitie van Yinger (1970: 7), volgens welke mensen door de godsdienst de ultieme problemen van het leven (zoals lijden en dood) aankunnen, en die van Durkheim, die stelt dat godsdiensten mensen verenigen in één morele gemeenschap. Volgens de functionele definities kunnen ook niet-theïstische en niet-deïstische systemen als 'godsdienst' beschouwd worden (Dobbelaere, 1982a). En juist dat maakt een functionele definitie, afgezien nog van andere nadelen die eraan kleven, in het kader van ons onderzoek weinig zinvol. Immers, omdat christelijke ziekenhuizen exponenten zijn van de christelijke godsdienst en omdat wij peilen naar de mate waarin verplegenden en verzorgenden zich juist tot die godsdienst bekennen, ligt een substantiële definitie het meest voor de hand.

Aan godsdienst zijn diverse dimensies te onderkennen (Glock, 1962; Stark & Glock, 1968). Het is in de godsdienstsociologie gebruikelijk om de godsdienstigheid van individuen te bepalen aan de hand van de gedragsdimensie en de geloofsdimensie. We zullen ons daarbij aansluiten.

Voor de operationalisering van het godsdienstig gedrag hebben wij een serie vragen gesteld over het huidige en vroegere lidmaatschap van een kerk en over verschillende vormen van kerkelijke participatie (Felling, Peters, Schreuder, 1981). Het gaat hier om vragen die binnen het sociologisch onderzoek in hoge mate gestandaardiseerd en algemeen geaccepteerd zijn.

Voor het meten van geloofsopvattingen bestaat onder godsdienstsociologen minder overeenstemming en er zijn daarom diverse meetinstrumenten in omloop. We hebben daar twee instrumenten uit gekozen. De ene bestaat uit een serie vragen die expliciet peilen naar de mate waarin men orthodox-christelijke geloofsopvattingen huldigt (het bestaan van God, de Godheid van Christus, de centraliteit van de redding en verlossing van de mens, het bestaan

van een hemel, Gods leiding in de wereld, de realiteit van de wonderen in de bijbel). Deze vragen waren eerder gesteld in een onderzoek onder ouders en leerkrachten van het protestants-christelijk onderwijs (Westra, 1981). Gezien de protestants-christelijke achtergrond van de ziekenhuizen uit ons onderzoek, is voor dit instrument gekozen.

Daarnaast is gebruik gemaakt van een meetinstrument, ontworpen door de Nijmeegse sociologen Felling, Peters en Schreuder (1981: 41), waarin niet alleen gevraagd is naar de mate waarin men christelijke geloofsopvattingen huldigt, maar ook meer algemeen-transcendente opvattingen, alsook twijfel aan of ontkenning van de zin daarvan. We hebben voor dit Nijmeegse meetinstrument gekozen, juist omdat het in zijn operationalisering algemenere christelijke verwoordingen hanteert dan het instrument van Westra. Ook al hebben de ziekenhuizen in ons onderzoek alle een protestants-christelijke achtergrond, in hoeverre het personeel dat (nog) heeft, is juist de vraag. Daarom wilden we ons niet beperken tot het orthodoxere meetinstrument van Westra.

In feite hebben wij alleen gebruik gemaakt van dat deel van het Nijmeegse instrument dat gaat over de betekenis van lijden en dood. Daar was een praktische en inhoudelijke reden voor. De praktische was, dat door opname van het hele meetinstrument de vragenlijst te lang zou worden. Om inhoudelijke redenen hebben we toen gekozen voor de thema's van lijden en dood, omdat die zo centraal zijn in een ziekenhuis.

2.3. ONDERZOEKSOPZET

Schriftelijke enquête en mondelinge interviews

De gegevens die verzameld moeten worden om die vragen van de probleemstelling te kunnen beantwoorden die betrekking hebben op het organisatieniveau, zijn vrij objectief van aard. Het gaat om het beleid van de ziekenhuizen inzake werving, selectie en opleiding van het personeel, de kerkelijk-godsdienstige rituelen en de bijdrage van het personeel daaraan, alsmede het optreden van het bestuur en de directie. Het gaat niet om individuele gegevens, maar om organisatiegegevens. Een schriftelijke enquête volstaat derhalve om deze gegevens te verzamelen. Ten tijde van het onderzoek waren in totaal 94 ziekenhuizen aangesloten bij de CVZ; de schriftelijke vragenlijst³ is aan al die ziekenhuizen, ter attentie van de directie, toegezonden.

De gegevens die nodig zijn om de overige vragen van de probleemstelling te kunnen beantwoorden, moeten via de verplegenden en verzorgenden verkregen worden. Gezien de omvang van die populatie is dit deel van het onderzoek onder een steekproef gehouden. Om een aantal redenen is hier gekozen voor mondelinge interviews. Het ging allereerst om een vrij uitgebreide vragenlijst, die bovendien niet alleen uit gesloten, maar ook uit veel

3 De volledige vragenlijst en de rechte tellingen liggen bij de auteur ter inzage.

open vragen bestond.⁴ Beide kenmerken brachten met zich mee dat er een groot beroep gedaan moest worden op nauwgezetheid en doorzettingsvermogen bij het invullen van de vragenlijst, hetgeen eerder haalbaar werd geacht bij de inzet van interview(st)ers. Tenslotte komt deze methode de vergelijkbaarheid met het onderzoek van de Nijmeegse sociologen Felling, Peters en Schreuder, aan wie wij enkele belangrijke vragen ontleenden, ten goede, omdat ook zij een dergelijke wijze van dataverzameling hebben gehanteerd (Felling, Peters, Schreuder, 1983: 55).

Steekproef van verpleegkundigen en ziekenverzorg(st)ers

De steekproef werd zodanig opgezet dat generaliseerbare uitspraken mogelijk zouden zijn over oriëntaties, opvattingen en gedragingen van de verplegenden en verzorgenden die werkzaam zijn in de CVZ-ziekenhuizen. Vanwege de grote verschillen tussen de diverse ziekenhuissectoren (algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, zwakzinnigeninrichtingen en verpleeghuizen) is er bovendien naar gestreefd het onderzoek zo op te zetten dat er per ziekenhuissector analyses uitgevoerd konden worden die generaliseerbare uitspraken op dat niveau mogelijk zouden maken. Omdat het aantal werkenden per ziekenhuissector sterk verschilt, werd besloten geen enkelvoudige aselechte steekproef te trekken, maar is gekozen voor een gestratificeerde steekproef (Bijnen, 1980: 103), waarbij gestreefd werd naar een netto-omvang van $N=200$ per ziekenhuissector. De verschillende ziekenhuissectoren zijn dus niet naar evenredigheid vertegenwoordigd in de steekproef; binnen elk van de sectoren echter was de kans voor ieder van de verplegenden en verzorgenden om in de steekproef betrokken te worden, even groot.

Model 2.1 (zie paragraaf 2.1.2) vereist dat van al die personeelsleden die aan het mondelinge interview hebben deelgenomen, de betreffende organisatie aan het schriftelijke deel van het onderzoek heeft meegedaan. In principe is dat mogelijk, omdat alle ziekenhuizen met een schriftelijke vragenlijst zijn benaderd. Of dat ook is gerealiseerd, zal hieronder bij de bespreking van het veldwerk van de schriftelijke enquête blijken. Bij het ontbreken van organisatiegegevens zullen de betreffende verplegenden en verzorgenden noodgedwongen van de totaal-analyse moeten worden uitgesloten.

Veldwerk voor het mondelinge deel van het onderzoek

Om een steekproef te kunnen trekken moet de populatie bekend zijn. Wij konden echter niet via een centrale administratie of iets dergelijks over de populatie van verplegenden en verzorgenden beschikken. Zodoende waren wij genoodzaakt die populatie zelf met behulp van de CVZ-ziekenhuizen te verzamelen. Daartoe werd naar al die ziekenhuizen, met uitzondering van de vier

4 Ook deze vragenlijst met de bijbehorende rechte tellingen liggen bij de auteur ter inzage.

categorale ziekenhuizen⁵, een brief gezonden met de vraag om medewerking aan het onderzoek en om opgave van de populatie⁶. Van de 90 ziekenhuizen die wij daartoe hebben benaderd, hebben er 64 (= 71%) positief gereageerd op dat verzoek; een dergelijke respons mag als goed beschouwd worden⁷. Voor een overzicht van de respons naar ziekenhuissector verwijzen we naar tabel 2.1.

Tabel 2.1: Respons* naar ziekenhuissector

Ziekenhuissector	Respons		Totaal
	N	%	
Verpleeghuis	16	80	20
Psychiatrisch ziekenhuis	11	79	14
Zwakzinnigeninrichting	12	75	16
Algemeen ziekenhuis	25	63	40
Totaal	64	71	90

*) Respons betekent hier, dat het ziekenhuis de populatie van verplegenden en verzorgenden voor de steekproef heeft verstrekt.

Opvallend is de lage respons van algemene ziekenhuizen: 63% versus 75 tot 80% bij de overige sectoren. De oorzaak daarvan kan volledig worden toegeschreven aan die algemene ziekenhuizen die reeds gefuseerd waren of besloten hadden tot een fusie met een katholiek en/of een niet-confessioneel ziekenhuis. Op dat moment waren dat er 12; daarvan heeft er niet één positief gereageerd. De 25 algemene ziekenhuizen die meegedaan hebben, zijn derhalve niet repre-

5 Dit zijn vier onderling nogal verschillende ziekenhuizen (zie bijlage 1) die bovendien niet goed zijn onder te brengen bij een van de vier andere typen van ziekenhuizen, waardoor besloten is ze buiten het mondelinge deel van het onderzoek te houden.

6 Voor aanvullende gegevens over populatieverzameling, streekproeftrekking, verloop van het veldwerk en non-respons verwijzen we naar bijlage 2.

7 We tekenen hierbij aan dat één algemeen ziekenhuis en één verpleeghuis door zelfselectie een verhoudingsgewijs dermate kleine populatie hadden doorgegeven, dat ze tot de non-respons moesten worden gerekend. Bovendien hadden één algemeen ziekenhuis en één verpleeghuis alleen de populatie van gediplomeerden doorgegeven en niet die van leerlingen. Omdat het bij deze laatste twee om kleine ziekenhuizen gaat, is de invloed van deze 'onregelmatigheid' op het geheel te verwaarlozen.

sentatief voor alle bij de CVZ aangesloten algemene ziekenhuizen, maar alleen voor die 28 algemene ziekenhuizen van de CVZ waar tot op dat moment (nog) niet tot een fusie besloten was; daarvan heeft 89% meegedaan met het mondelinge deel van het onderzoek. De respons van de overige ziekenhuissectoren verschilt onderling niet sterk.

Uit nadere analyse (zie bijlage 2.2) blijkt vervolgens dat de respons niet vertekend is naar de grootte of regionale ligging van het ziekenhuis. Voorzover we dat konden nagaan, hebben we derhalve geen reden om te twijfelen aan de representativiteit van dit deel van ons onderzoek, met uitzondering uiteraard van hetgeen reeds is opgemerkt over fusies.

Het verzoek aan de ziekenhuizen om ons de populatie van verplegenden en verzorgenden door te geven, leverde uiteindelijk een bestand op van 14.688 personen. Daaruit werd per ziekenhuissector een aselechte steekproef getrokken van 200 personen. Bij verpleeghuizen (met in totaal 1694 verplegenden en verzorgenden) komt dat neer op één op de 8,47; bij psychiatrische ziekenhuizen (in totaal 2854) is dat één op de 14,27; bij zwakzinnigeninrichtingen (in totaal 4216) is dat één op de 21,08 en bij algemene ziekenhuizen (in totaal 5924) één op de 27,54. Door deze wijze van steekproeftrekken zal bij analyses op het totale bestand een dienovereenkomstige herweging moeten worden toegepast. In elk van de vier sub-steekproeven waren de ziekenhuizen evenredig aan hun grootte vertegenwoordigd. In totaal zijn 815 personen op de besproken wijze geselecteerd⁸.

De interviews voor dit onderzoek zijn gehouden in 1983 (vanaf eind maart tot half juni). In totaal zijn met behulp van 48 interview(st)ers 706 interviews afgenomen; daarvan waren er 9 niet bruikbaar, omdat het personen betrof die - ondanks onze instructies aan de ziekenhuizen - ten onrechte tot de populatie waren gerekend. Netto bleven er derhalve 697 bruikbare interviews over, dat is 86% van het geplande aantal. Voor een overzicht van het aantal geplande en gerealiseerde interviews per ziekenhuissector verwijzen we naar tabel 2.2. Daaruit blijkt, dat er in psychiatrische ziekenhuizen minder interviews zijn afgenomen dan in de overige ziekenhuizen, maar de verschillen tussen de vier sectoren zijn wat dit betreft niet significant (getoetst met behulp van de chi-kwadraat van Pearson).

8 Omdat na bepaling van de steekproeffractie één algemeen ziekenhuis alsnog zijn populatie opgaf, is de steekproefgrootte binnen deze sector uiteindelijk 215 geworden.

Tabel 2.2: Aantal geplande en gerealiseerde interviews per ziekenhuissector

Ziekenhuissector	Geplande interviews	Gerealiseerde interviews	
		N	%
Verpleeghuis	200	181	91
Zwakzinnigeninrichting	200	181	91
Algemeen ziekenhuis	215	180	84
Psychiatrisch ziekenhuis	200	155	78
Totaal	815	697	86

Wél significant zijn de verschillen in tabel 2.3. Die tabel geeft een overzicht van het aantal geplande en gerealiseerde interviews naar ziekenhuisgrootte. De uitval blijkt dan vooral voor rekening te komen van een paar grote ziekenhuizen. Daar is slechts 62% van het aantal geplande interviews gehaald, terwijl de uitval in de overige ziekenhuizen veel geringer is: zo'n 5 à 8%. Vanwege dat significante verschil was het nodig de steekproef te herwegen op basis van de ziekenhuisgrootte.

Tabel 2.3: Geplande en gerealiseerde interviews naar ziekenhuisgrootte

Ziekenhuisgrootte (aantal geplande interviews per ziekenhuis)	Aantal ziekenhuizen	Geplande interviews	Gerealiseerde interviews	
			N	%
klein (1-8)	24	154	145	94
middelklein (9-16)	23	266	245	92
middelgroot (17-24)	9	186	177	95
groot (25-32)	7	209	130	62
Totaal	63	815	697	86

Op basis van tabel 2.3 kan minstens voor een deel verklaard worden, waarom het aantal gerealiseerde interviews in psychiatrische ziekenhuizen achterbleef. Zoals in paragraaf 3.1 nog uiteengezet zal worden, zijn de psychiatrische ziekenhuizen, althans binnen de CVZ, doorgaans groter dan de ziekenhuizen in de andere sectoren en het is juist door die omvang, dat de non-respons daar zoveel groter is. Immers, grotere ziekenhuizen neigden ernaar het afnemen van de interviews strakker te plannen. Het voordeel daarvan was, dat in korte tijd veel interviews konden worden afgenomen, maar het nadeel was dat men

minder flexibel kon inspelen op allerlei eventualiteiten, zoals ziekte, snipperdagen, drukte op het werk en dergelijke.

Veldwerk schriftelijke enquêtes

De schriftelijke vragenlijst, bedoeld om gegevens van de ziekenhuisorganisatie te verkrijgen, is in mei 1983 naar alle CVZ-ziekenhuizen (inclusief de categorale ziekenhuizen) gezonden. Voorzover daar niet op gereageerd werd, zijn enige tijd later 'reminders' verstuurd. Uiteindelijk leverde dat als resultaat op, dat door 77 van de 94 ziekenhuizen (= 82%) aan dit deel van het onderzoek is meegedaan. Wanneer men bedenkt, dat de respons op schriftelijke enquêtes gewoonlijk onder de 40 of 50% ligt⁹ en dat 'at best, the researcher must content himself with returns as low as 50 or 60 percent' (Kerlinger, 1970: 397), dan mag de respons in ons onderzoek bijzonder hoog genoemd worden. Tabel 2.4 geeft een overzicht van de respons.

Tabel 2.4: Respons op de schriftelijke vragenlijst, naar ziekenhuissector

Ziekenhuissector	Respons		Totaal
	N	%	
Zwakzinnigeninrichting	16	100	16
Psychiatrisch ziekenhuis	12	86	14
Verpleeghuis	17	85	20
Algemeen ziekenhuis	29	73	40
Categoriaal ziekenhuis	3	75	4
Totaal	77	82	94

De relatief lage respons van algemene ziekenhuizen wordt ook hier volledig veroorzaakt door de 12 fusieziekenhuizen: daarvan hebben er slechts vijf de schriftelijke vragenlijst beantwoord. Laten we deze ziekenhuizen buiten beschouwing, dan resulteert voor de algemene ziekenhuizen een respons van 86%, vergelijkbaar met die in de andere ziekenhuissectoren. De respons is tenslotte niet vertekend naar grootte of regionale ligging van het ziekenhuis.

Voor de totaal-analyses zijn zowel de gegevens van de individuele verpleegkundigen en ziekenverzorg(st)ers nodig, als de gegevens van de ziekenhuisorganisatie. In hoeverre hebben de ziekenhuizen aan de beide delen van het

⁹ Niet zelden worden tegenwoordig nóg geringere responspercentages acceptabel geacht. Zo suggereert Van der Ven (1992: 232) dat een respons van 29,3% als redelijk beschouwd kan worden.

onderzoek meegedaan?¹⁰ Met name als ziekenhuizen wél aan het mondelinge deel hebben meegedaan, maar niet aan het schriftelijke deel, betekent dat extra uitval van verplegenden en verzorgenden bij de totaal-analyse. Voor een antwoord op die vraag verwijzen we naar tabel 2.5.

Tabel 2.5: Medewerking van de CVZ-ziekenhuizen aan het mondelinge en schriftelijke deel van het onderzoek

Mondeling	Schriftelijk		Totaal
	Respons	Non-respons	
Respons	62	2	64
Non-respons	12	14	26
Totaal	74	16	90

Door 62 ziekenhuizen (= 69%) is beide keren positief gereageerd: zij hebben de schriftelijke vragenlijst ingevuld en hebben hun populatie van verplegenden en verzorgenden verstrekt, waaruit door ons een steekproef van te interviewen personen is getrokken. In totaal hebben 14 ziekenhuizen (= 16%) beide keren afwijzend gereageerd op ons verzoek. Per saldo is de respons op de schriftelijke vragenlijst groter geweest dan de respons op de vraag of men wilde meewerken aan het mondelinge deel van het onderzoek (74 versus 64 ziekenhuizen).

In totaal zijn er twee ziekenhuizen geweest die wél hebben meegedaan met de mondelinge interviews, maar de schriftelijke vragenlijst niet hebben ingevuld¹¹. Dat betekent dat respondenten uit deze twee ziekenhuizen niet meegenomen kunnen worden in de analyses zoals in model 2.1 weergegeven, omdat de organisatiegegevens bij hen ontbreken. In totaal gaat het hier om 22 respondenten, zodat deze analyses betrekking hebben op 675 respondenten.

In het volgende hoofdstuk zullen we nu eerst de resultaten van de schriftelijke enquête weergeven, waarna in hoofdstuk 4 een beschrijving en analyse gepresenteerd zal worden van de antwoorden die van verplegenden en verzorgenden verkregen zijn op de mondelinge interviews.

¹⁰ Die vraag geldt uiteraard niet ten aanzien van de categorale ziekenhuizen, want die zijn alleen gevraagd om mee te doen aan het schriftelijke onderzoek.

¹¹ In het ene ziekenhuis was dat het gevolg van interne problemen, in het andere van problemen die tijdens de mondelinge interviews waren gerezen.

3. Beleid en identiteit

In hoeverre profileren de ziekenhuizen die zijn aangesloten bij de CVZ, zich als christelijke ziekenhuizen? In hoeverre is er met andere woorden sprake van een christelijke identiteit? Bestaat er in dit opzicht verschil tussen de diverse sectoren binnen het ziekenhuiswezen: algemene en psychiatrische ziekenhuizen, zwakzinnigeninrichtingen en verpleeghuizen? En weerspiegelt het verschil in identiteit zich in de formulering van de grondslag? Dat zijn de belangrijkste vragen die in dit hoofdstuk aan de orde zullen komen.

Voordat we daartoe overgaan, zullen we echter eerst aan de hand van enkele beschikbare populatiegegevens de CVZ-ziekenhuizen en hun plaats in de landelijke intramurale gezondheidszorg nader omschrijven (paragraaf 1); de reikwijdte van ons onderzoek wordt daarmee verduidelijkt. Vervolgens komt de grondslag van de door ons onderzochte ziekenhuizen aan de orde (paragraaf 2). Ook al zijn alle CVZ-ziekenhuizen wat dat betreft 'christelijk', in de afgelopen decennia is er in statutair opzicht veel veranderd (zie de paragrafen 1.4 en 1.6). We zullen nagaan welke veranderingen zich in deze bij de CVZ-ziekenhuizen hebben voorgedaan, al of niet als gevolg van fusies, en welke verschillen er tussen de CVZ-ziekenhuizen bestaan voor wat betreft de grondslag. Daarna zullen we aan de hand van de diverse indicatoren die in het vorige hoofdstuk besproken zijn, een schets geven van de christelijke identiteit van de door ons onderzochte ziekenhuizen (paragraaf 3). Tenslotte zullen we de samenhang tussen identiteit en grondslag en tussen identiteit en ziekenhuissector onderzoeken (paragraaf 4). In het eerste geval zal duidelijk worden in hoeverre de grondslag min of meer een adequate vertaling is van de identiteit zoals die op verschillende terreinen in het ziekenhuis gestalte krijgt. In het tweede geval zal blijken in hoeverre er sprake is van de door ons veronderstelde relatie tussen functionele rationaliteit en interne secularisatie.

3.1. DE CVZ-ZIEKENHUIZEN: ENKELE POPULATIEGEGEVENS

Aandeel van de CVZ in het landelijk ziekenhuiswezen

Hanteert men de basisgegevens van het Nationaal Ziekenhuisinstituut (Bartels, 1984), dan zijn er op het moment van het onderzoek in totaal 110 ziekenhuizen met bijna 34.000 bedden aangesloten bij de CVZ¹. Onze onderzoekspopu-

1 Wij komen blijkens bijlage 1 tot een totaal van 94 ziekenhuizen. In onderscheid van het N.Z.I. beschouwen wij:

- de 14 ziekenhuizen die zijn aangesloten bij de Stichting Philadelphia Tehuizen en een patiëntenbestand uiteenlopend van 16 tot 86 hebben, als één ziekenhuis (bijlage 1, nr. 74);
- de twee locaties van het Christelijk Algemeen Streekziekenhuis Noordwest

latie omvat daarmee 15% van alle Nederlandse ziekenhuizen. Daarbij moet worden aangetekend dat het aandeel van de CVZ niet in alle sectoren van het ziekenhuiswezen even groot is (zie tabel 3.1). Met name zijn er relatief weinig verpleeghuizen aangesloten bij de CVZ, namelijk slechts 6%. In de overige sectoren is het CVZ-aandeel aanmerkelijk groter: rond de 20%. Van de algemene ziekenhuizen (exclusief academische en categorale ziekenhuizen) is zelfs bijna een kwart lid van de CVZ.

De CVZ is dus het sterkst vertegenwoordigd onder wat men de traditionele sectoren van de gezondheidszorg zou kunnen noemen, maar heeft slechts in zeer geringe mate ingang gevonden onder de meest recente en zich sterk uitbreidende sector van de verpleeghuizen. Daarachter kan men reeds het proces van deconfectionalisering bespeuren; in de jongste loot van het ziekenhuiswezen zijn godsdienstige of levensbeschouwelijke beginselen blijkbaar minder relevant als organisatieprincipe.

Tabel 3.1: Het aandeel van de CVZ-ziekenhuizen (per sector) in de landelijke intramurale gezondheidszorg

Sector	lid van de CVZ		Nederland N (=100%)
	N	%	
Algemene ziekenhuizen (incl. academische en categorale)*	46	21	224
Psychiatrische ziekenhuizen	14	19	74
Zwakzinnigeninrichtingen	29	22	129
Verpleeghuizen	21	6	327
Totaal	110	15	754
*) idem, excl. academische en categorale ziekenhuizen	40	24	169

Wat het aantal bedden betreft, geldt voor algemene ziekenhuizen en verpleeghuizen nagenoeg hetzelfde als hierboven is weergegeven. De bij de CVZ aangesloten verpleeghuizen beschikken over 7% van het totale aantal verpleeghuisbedden in Nederland; bij de algemene ziekenhuizen is dat 21% (exclusief

Veluwe als één ziekenhuis (bijlage 1, nr. 18);

- de Valerius Kliniek als één psychiatrisch ziekenhuis (bijlage 1, nr. 78), terwijl de N.Z.I. een deel van dit ziekenhuis als een categoriaal ziekenhuis definieert;
- Oranje-Nassau's Oord als één psychiatrisch ziekenhuis (bijlage 1, nr. 86), terwijl de N.Z.I. een deel van dit ziekenhuis als een psychogeriatrisch verpleeghuis definieert.

academische en categorale ziekenhuizen: 22%). In de psychiatrie en de zwakzinnigenzorg ligt dat wat anders. In deze beide sectoren bevindt 28% van het totale aantal bedden zich in CVZ-ziekenhuizen. Het aandeel van de CVZ is in de psychiatrie en de zwakzinnigenzorg derhalve groter wanneer men uitgaat van het aantal bedden, dan wanneer men het aantal intramurale instellingen als uitgangspunt neemt. Uit deze bevinding kan geconcludeerd worden dat de CVZ-ziekenhuizen in deze twee sectoren gemiddeld groter zijn dan de overige psychiatrische ziekenhuizen en zwakzinnigeninrichtingen in Nederland.

De CVZ-ziekenhuizen naar sector, grootte en geografische spreiding

Volgens de indeling die de CVZ hanteert, zijn 94 ziekenhuizen of instellingen voor intramurale gezondheidszorg bij haar aangesloten (zie bijlage 1); in het vervolg zullen we dat aantal hanteren². Voor een overzicht van de verschillende sectoren en de grootte van de desbetreffende ziekenhuizen verwijzen we naar tabel 3.2.

De sector van de algemene ziekenhuizen (waartoe wij ook het ene academische ziekenhuis dat bij de CVZ is aangesloten, zullen rekenen) is de grootste; 43% van alle CVZ-ziekenhuizen behoort daartoe. Slechts vier van alle CVZ-ziekenhuizen behoren tot de sector van de categorale ziekenhuizen. Vanwege dat geringe aantal zullen wij deze sector in het vervolg, wanneer het althans om differentiatie naar sectoren gaat, buiten beschouwing laten. De overige drie sectoren zijn alle een stuk kleiner dan die van de algemene ziekenhuizen en zijn in aantal met elkaar vergelijkbaar. Tezamen zijn ze echter omvangrijker dan de sector van de algemene ziekenhuizen.

Voor een goed begrip van de onderzoeksresultaten is dat laatste erg belangrijk. De meeste CVZ-ziekenhuizen zijn immers van het type waarin patiënten permanent (of minstens voor lange duur) verblijven. Bijgevolg is daar een frequent en intensief contact tussen verpleegkundigen/verzorgenden en patiënten. De woon- of verblijfsfunctie is er dus veel belangrijker dan in algemene ziekenhuizen en patiënten heten er doorgaans dan ook 'bewoners'.

De grootte van de verschillende ziekenhuizen loopt sterk uiteen; het grootste ziekenhuis is een zwakzinnigeninrichting met 1040 erkende bedden, het kleinste een psychiatrische instelling met 16 erkende bedden. Op basis van het gemiddelde aantal bedden per sector kan geconstateerd worden dat de zwakzinnigeninrichtingen en psychiatrische ziekenhuizen binnen onze populatie relatief groot zijn, de verpleeghuizen relatief klein en de algemene ziekenhuizen in deze een middenpositie innemen.

2 Dat aantal is richtinggevend geweest voor het steekproeftrekken (zie paragraaf 2.3). Zie verder ook voetnoot (1) in dit hoofdstuk.

Tabel 3.2: De CVZ-ziekenhuizen, naar sector en grootte

Sector	Aantal		Aantal bedden (gemiddeld)	Range
	N	%		
Algemene ziekenhuizen	40	43	335	100 - 769
Verpleegtehuizen	20	21	171	114 - 291
Zwakzinnigeninrichtingen	16	17	521	96 - 1040
Psychiatrische ziekenhuizen	14	15	540	16 - 880
Categorale ziekenhuizen ³	4	4	(268)	94 - 680
	94	100		

Het laatste populatiegegeven waarover we beschikken, is de regionale spreiding van de CVZ-ziekenhuizen; daarvoor verwijzen we naar kaart 3.1. Van alle CVZ-ziekenhuizen ligt 71% in het midden van het land: Gelderland, Utrecht, Zuid-Holland en het zuidelijke deel van Noord-Holland. De meeste CVZ-ziekenhuizen liggen in Gelderland, namelijk 23, gevolgd door Zuid-Holland: 20. In de drie noordelijke provincies zijn 18 ziekenhuizen aangesloten bij de CVZ. Er zijn geen CVZ-ziekenhuizen in Limburg, in Zeeland slechts één en in Overijssel twee. Het geheel van de geografische spreiding vertoont een opvallende gelijkenis met wat door Knippenberg, Stoppelenburg en Van der Wusten (1989: 18-19) is omschreven als 'de protestantenband van Nederland'.

3 Gezien het geringe aantal én de grootte van de range is het gemiddelde hier geen goede maat.

Kaart 3.1: Geografische spreiding van de CVZ-ziekenhuizen



3.2. DE GRONDSLAG

Van 76 van de 77 ziekenhuizen die de schriftelijke vragenlijst hebben ingevuld, is de grondslag bekend. Tweederde daarvan kan getypeerd worden als een protestants-christelijk ziekenhuis; eenderde heeft een grondslag die meer algemeen-christelijk van aard is. Het overeenkomstige tussen beide is dat men refereert aan 'het Evangelie van Jezus Christus' of een equivalent daarvan. Het verschil zit hem meestal in de verbijzondering daarvan: reformatorisch, hervormd, gereformeerd, protestants-christelijk en dergelijke.

Enkele voorbeelden van de grondslag van ziekenhuizen die zich *protestants-christelijk* noemen, zijn:

- '(...) het Evangelie van Jezus Christus naar reformatorisch belijden';
- '(...) het Evangelie van onze Heer Jezus Christus, opgevat in de zin der belijdenissen van de Kerken der Hervorming';
- '(...) het evangelie van Jezus Christus, zoals dit door de Hervorming weder tot openbaring is gebracht';
- '(...) de Heilige Schrift, naar belijdenis van de Kerken der Reformatie, gelijk deze is uitgedrukt in de Drie Formulieren van Enigheid';
- '(...) aanvaardt als enig fundament (...) Jezus Christus en sluit zich dienovereenkomstig aan bij de historische belijdenis onzer Nederlands Hervormde Kerk';
- '(...) de Heilige Schrift, naar de verklaring van de Gereformeerde Kerken, vervat in haar belijdenisschriften, de catechismus, de belijdenis en de Vijf Artikelen tegen de Remonstranten';
- '(...) het evangelie van Jezus Christus, zoals dat de mens oproept tot dienst aan God en aan de naaste. In deze grondslag zoekt zij (...) het vaste oriënteringspunt voor het protestants-christelijk karakter';
- '(...) in gehoorzaamheid aan den Here Jezus Christus, zoals Hij geopenbaard is in de Heilige Schrift", terwijl in hetzelfde artikel tevens gesproken wordt van 'een ziekenhuis op Protestants Christelijke grondslag'.

Ook komt het voor dat in het grondslagartikel enkel sprake is van 'het Evangelie van Jezus Christus', maar dat de verbijzondering gevonden moet worden in het artikel waarin de naam van het ziekenhuis vermeld wordt, zoals: 'De stichting draagt de naam "Stichting Het Protestants Ziekenhuis"'.

Algemeen-christelijke ziekenhuizen missen een dergelijke verwijzing naar een protestants-christelijke achtergrond of kennen juist een verbijzondering in meer algemeen-christelijke zin. Enkele voorbeelden daarvan zijn:

- '(...) het Evangelie van Jezus Christus, vervat in Gods Woord. Vanuit deze inspiratiebron wil zij werkzaam zijn tot dienst aan God en de medemens';
- '(...) het Evangelie van Jezus Christus, overeenkomstig de Heilige Schrift';
- '(...) aanvaardt het Evangelie van Jezus Christus als richtinggevend';
- '(...) aanvaardt het evangelie van Jezus Christus als bron van inspiratie en oriëntatie voor haar arbeid', met als toevoeging: 'onder eerbiediging van andere godsdienstige en/of levensbeschouwelijke overtuigingen';

- '(...) op christelijke grondslag, d.w.z. het (ziekenhuis) zoekt bewust aansluiting bij het mens- en wereldbeeld, zoals dat wordt aangetroffen in de Bijbel en met name in het Evangelie van Jezus Christus. Het wil zich daardoor laten motiveren, normeren en leiden';
- '(...) als grondslag de dienst der christelijke barmhartigheid, waarbij als richtsnoer geldt de in het Evangelie van Jezus Christus geboden naastenliefde in het bijzonder tot de zieke en speciale zorg behoevende mens in de zin van de oecumene';
- '(...) gedragen door het geloof in Jezus Christus als Heiland en als uitgangspunt het Evangelie, zoals dat wordt beleden in de Rooms Katholieke en Reformatorische Kerk'.

De grondslag volgens het oordeel van de ziekenhuizen zelf

Of een ziekenhuis als een protestants-christelijk ziekenhuis beschouwd moet worden, is niet door ons bepaald of afgeleid uit de statuten, maar is aan het oordeel van de ziekenhuizen zelf overgelaten. Op grond daarvan kan geconstateerd worden dat, waar verschillende ziekenhuizen onder één vereniging ressorteren en derhalve eenzelfde grondslag kennen, desondanks sommige ziekenhuizen zich protestants-christelijk noemen en andere niet. Er bestaat (soms) blijkbaar verschil van interpretatie omtrent hetgeen in de grondslag verwoord staat. Dat kan mede afhangen van discussies die her en der tijdens en vóór de veldwerkfase van ons onderzoek over 'de identiteit van het ziekenhuis' gevoerd zijn.

Hoe dan ook, wij hebben gemeend af te moeten gaan op het oordeel van de ziekenhuizen zelf⁴. Een protestants-christelijk ziekenhuis is derhalve een ziekenhuis dat zichzelf, in het licht van de statuten, als zodanig definieert; een algemeen-christelijk ziekenhuis definieert zichzelf niet als een protestants-christelijk ziekenhuis. In hoeverre deze grondslag de identiteit van de ziekenhuizen adequaat weergeeft, komt verderop in dit hoofdstuk aan de orde.

Niet in alle sectoren is het protestants-christelijke aandeel even groot⁵; dat loopt uiteen van 82% bij de verpleeghuizen (Vph) tot 56% in de zwakzinnigenzorg (Zw). Algemene (AZ) en psychiatrische ziekenhuizen (PZ) geven het gemiddelde beeld te zien (zie tabel 3.3).

4 Met uitzondering van één ziekenhuis, dat de desbetreffende vraag onbeantwoord liet. Op grond van andere ingezonden documenten en informatie van dat ziekenhuis hebben wij toen de grondslag alsnog kunnen invullen.

5 Omdat de gegevens in dit hoofdstuk en de verschillen die wij constateren, de populatie betreffen, is toetsen hier niet aan de orde.

Tabel 3.3: Grondslag naar sector (in procenten)

Grondslag	Vph	PZ	AZ	Zw	Totaal*	
					N	%
protestants-christelijk	82,4	66,7	65,5	56,2	51	67,1
algemeen-christelijk	17,6	33,3	34,5	43,8	25	32,9
N (=100%)	17	12	29	76	76	100

*) Inclusief categorale ziekenhuizen.

Veranderingen in de grondslag

In de loop der jaren is er, wat de grondslag van deze ziekenhuizen betreft, veel veranderd. Van de 25 algemeen-christelijke ziekenhuizen zijn er 21 die aanvankelijk protestants-christelijk waren, maar ook onder degene die protestants-christelijk zijn gebleven, is er het een en ander veranderd. Van deze laatste zijn er 15 veranderd van intrakerkelijk in interkerkelijk (Kruijt, 1962: 235), dat wil zeggen van specifiek hervormd of specifiek gereformeerd (enzovoorts) veranderd in protestants-christelijk zonder nader onderscheid. In totaal is daarmee van 36 ziekenhuizen (= 47,4%) de grondslag veranderd (zie tabel 3.4).

Het is verder opmerkelijk, dat van de oorspronkelijk 22 hervormde ziekenhuizen er inmiddels zeven protestants-christelijk en tien algemeen-christelijk zijn geworden en van de oorspronkelijk 13 gereformeerde ziekenhuizen er acht een protestants-christelijke grondslag hebben gekregen en slechts één algemeen-christelijk is geworden. Gereformeerde ziekenhuizen zijn dus, op een uitzondering na, alle protestants-christelijk gebleven, hervormde ziekenhuizen daarentegen juist niet.

Tabel 3.4: Oorspronkelijke en huidige grondslag van de CVZ-ziekenhuizen (absolute aantallen)

Huidige grondslag	Vroegere grondslag			Totaal
	prot.-christelijk (pc)		algemeen-christelijk	
	intrakerkelijk	interkerkelijk		
pc-intrakerkelijk	11	-	-	11
pc-interkerkelijk	15	25	-	40
alg.-christelijk	11	10	4	25
Totaal	37	35	4	76

Er is dus een verschuiving gaande van intrakerkelijk-protestants naar interkerkelijk-protestants en naar algemeen-christelijk en van interkerkelijk-protestants naar algemeen-christelijk. Het netto-effect blijkt uit een vergelijking van de randtotalen: van de 76 ziekenhuizen hebben er vier van meet af aan een algemeen-christelijke grondslag, thans zijn dat er 25.

Eenzelfde tendens komen we op het spoor als we de vroegere grondslag relateren aan de stichtingsdatum van het ziekenhuis. Van de CVZ-ziekenhuizen die vóór 1940 zijn gesticht, had een overgrote meerderheid oorspronkelijk een intrakerkelijk-protestantse grondslag, na 1945 verandert dat in meerderheid in een interkerkelijk-protestantse grondslag.

Fusies

Drogendijk (1975: 79) wees er reeds eerder op dat te verwachten fusies van invloed zullen zijn op het (protestants-christelijke) karakter van het ziekenhuis. Ons onderzoek bevestigt dat inderdaad. Zeven ziekenhuizen, alle behorend tot de sector van de algemene ziekenhuizen, melden dat ze uit fusies zijn voortgekomen. Als gevolg daarvan bleef er één onveranderd hervormd, één veranderde van hervormd in protestants-christelijk en de overige vijf, die alle met katholieke ziekenhuizen fuseerden, zijn van protestants-christelijk in algemeen-christelijk veranderd.

Tegelijk kan echter geconcludeerd worden dat het overgrote deel van de grondslagwijzigingen niet het gevolg is van fusies. Per saldo is in 30 ziekenhuizen, zonder daartoe door een fusie gedwongen, de grondslag veranderd en daarvan zijn er 16 ziekenhuizen overgegaan naar een algemeen-christelijke grondslag. In al deze gevallen moet de oorzaak vooral gezocht worden in 'veranderingen van binnenuit'. We komen daar nog op terug.

Overigens is de fusieproblematiek groter dan hier geschetst. In paragraaf 2.3 zagen we immers, dat er van de 40 algemene ziekenhuizen van de CVZ er reeds 12 gefuseerd waren of besloten hadden tot een fusie met een katholiek en/of een niet-confessioneel ziekenhuis; daarvan hebben er slechts vijf meegedaan met ons onderzoek, en dan nog alleen aan het schriftelijke deel ervan. Daarnaast is er een enkel ziekenhuis dat reeds vóór ons onderzoek door fusie met een niet-confessioneel ziekenhuis een 'neutrale' grondslag had gekregen en als gevolg daarvan zijn lidmaatschap van de CVZ had opgezegd. In al deze gevallen gaat het om algemene ziekenhuizen.

Bijgevolg dient onze conclusie van hierboven, namelijk dat het overgrote deel van de grondslagwijzigingen niet het gevolg van fusies zijn, genuanceerd te worden. Bij de algemene ziekenhuizen is de protestants-christelijke grondslag in hoofdzaak wel degelijk als gevolg van fusies gewijzigd in een algemeen-christelijke of neutrale grondslag. In de overige sectoren was dat niet het geval; daar waren tot het moment van onderzoek immers nog geen fusies voorgekomen. Grondslagwijzigingen zijn daar dus om andere redenen tot stand gekomen.

Op onze vraag naar fusieplannen in de toekomst werd door zes algemene ziekenhuizen bevestigend geantwoord; één daarvan had al eens eerder een fusie ondergaan. In totaal komen wij daarmee tot 17 algemene ziekenhuizen van de CVZ die te maken hebben (gehad) met een fusie, dat is 43% in deze sector. Nadere analyse bracht aan het licht dat het in het grootste deel van de fusies die reeds hadden plaatsgevonden, namelijk in zeven van de twaalf gevallen, ging om een fusie met een katholiek ziekenhuis. Bij de fusies waarvoor plannen bestonden, ging het bijna uitsluitend om fusies met een niet-confessioneel ziekenhuis, namelijk in vijf van de zes gevallen. Konden de eerstgenoemde fusies meestal nog resulteren in een algemeen-christelijke grondslag, bij de laatstgenoemde fusies zal daar geen sprake meer van zijn.

In het verleden waren fusies beperkt gebleven tot de sector van de algemene ziekenhuizen, zo constateerden wij. In de toekomst zal dat veranderen; er waren althans twee ziekenhuizen, één psychiatrisch en één categoriaal ziekenhuis, met fusieplannen. Bij één daarvan betrof het een fusie met een katholiek ziekenhuis, bij de ander was een niet-confessioneel ziekenhuis de toekomstige fusiepartner.

3.3. DE CHRISTELIJKE IDENTITEIT

In paragraaf 2.2. hebben wij aangegeven en verantwoord over welke terreinen wij vragen hebben gesteld om een beeld te krijgen van de christelijke identiteit in de door ons onderzochte ziekenhuizen. Dat betrof achtereenvolgens: de werving en selectie van het verplegend en verzorgend personeel, de opleiding en vorming van dat personeel, symbolen en rituelen binnen het ziekenhuis, de bijdrage die men van het personeel verwacht omtrent de pastorale zorg voor of godsdienstige begeleiding van patiënten en tenslotte de mate waarin bestuur en directie zich betrokken tonen bij het christelijk karakter van het ziekenhuis en op die manier borg staan voor en een stimulans zijn inzake de christelijke identiteit. We zullen nu eerst over al deze terreinen afzonderlijk de onderzoeksresultaten presenteren. Daarna komt de vraag aan de orde in hoeverre al deze elementen tezamen verwijzen naar een gemeenschappelijke achtergrond die men zou kunnen omschrijven met het begrip 'christelijke identiteit'.

3.3.1. Werving en selectie

Over werving en selectie van het verplegend en verzorgend personeel zijn in de schriftelijke vragenlijst vier series vragen gesteld: over de inhoud van personeelsadvertenties, over het wervingskanaal, over de verwachtingen die men tijdens sollicitatiegesprekken stelt inzake de functie vervulling en over de mate waarin de kerkelijke achtergrond van de sollicitant een rol speelt als selectie criterium.

Personeelsadvertenties

Wat de personeelsadvertenties betreft, blijkt volgens opgave van de ziekenhuizen zelf bijna altijd dat het om een christelijk ziekenhuis gaat. Bij slechts vijf ziekenhuizen is op geen enkele manier uit de advertentie op te maken dat ze een christelijke grondslag hebben. Bij de overige ziekenhuizen blijkt het christelijk karakter meestal uit de naam ('Protestants-Christelijk Ziekenhuis...' of 'Diakonessenhuis...') of de omschrijving die men van het ziekenhuis geeft:

- '... is een protestants-christelijk ziekenhuis';
- '... is een ziekenhuis op christelijke grondslag';
- '... is een interconfessioneel ziekenhuis';
- '... is een algemeen-christelijke inrichting voor ...';
- 'De identiteit is protestants-christelijk';
- '... maakt deel uit van de Christelijke Vereniging...';
- '... uitgaande van de Interkerkelijke Stichting...'

Bij 40% van de ziekenhuizen blijkt daarenboven uit de formulering van de functie-eisen dat het om een advertentie van een christelijk ziekenhuis gaat. Voorbeelden daarvan zijn:

- 'Functie-eisen: een positief protestants-christelijke levensovertuiging'.
- 'Van de kandidaat wordt verwacht dat hij/zij kan instemmen met de Protestants-Christelijke grondslag van ...'.
- 'Een protestants-christelijke levensovertuiging wordt op prijs gesteld'.
- 'Bij de selectie zal rekening worden gehouden met het christelijke karakter van ons centrum'.
- 'De voorkeur gaat uit naar kandidaten met een christelijke levensovertuiging'.
- 'Er wordt verwacht dat u de christelijke signatuur van ons centrum respecteert'.
- 'Functie-eisen: een goede bijdrage kunnen leveren aan het christelijk karakter van ons instituut'.
- 'Van de sollicitanten verwachten wij dat zij de christelijke identiteit van onze inrichting onderschrijven'.
- 'Functie-eisen: bewust christelijke levensovertuiging'.

Het wervingskanaal

Wat het wervingskanaal betreft, is aan de ziekenhuizen gevraagd, via welke dagbladen, weekbladen of tijdschriften zij hun verplegend en verzorgend personeel werven. Drie ziekenhuizen geven te kennen dat zij van dit medium geen gebruik maken. Van de resterende ziekenhuizen adverteert 27% alleen in niet-christelijke en 73% naast niet-christelijke ook in christelijke dagbladen, weekbladen of tijdschriften, zoals Trouw, Reformatorisch Dagblad, Nederlands Dagblad, Friesch Dagblad en de omroepbladen van de NCRV en de EO. Er bestaat een zekere samenhang tussen de inhoud van de personeelsadvertenties en het blad waarin men adverteert ($\tau\text{-}b = .25$): ziekenhuizen die hun personeelsadvertenties ook in christelijke bladen plaatsen, profileren zich in de

formulering van de functie-eisen vaker als een christelijk ziekenhuis dan ziekenhuizen die uitsluitend in niet-christelijke bladen adverteren (44% versus 25%).

Het sollicitatiegesprek

In het sollicitatiegesprek komt het erop aan een zodanige selectie toe te passen dat 'de juiste man (of vrouw) op de juiste plaats' komt. Dat vereist een bepaalde opvatting omtrent de functie die vervuld moet worden en omtrent de aan te stellen beroepskracht. In hoeverre speelt het christelijke karakter van het ziekenhuis en de kerkelijke achtergrond van de sollicitant daarin mee? We hebben daarover vragen gesteld, zowel waar het om sollicitatiegesprekken met leerlingen gaat, als met gediplomeerden en afdelingshoofden.

In bijna alle ziekenhuizen wordt in de sollicitatiegesprekken op een of andere wijze het christelijke karakter van de eigen instelling ter sprake gebracht. In vier ziekenhuizen doet men dat niet of niet bij elk van de genoemde groepen sollicitanten. Bij 44% van alle ziekenhuizen wordt het christelijke karakter weliswaar ter sprake gebracht, maar men verwacht niet méér dan dat men respect heeft voor de identiteit van het ziekenhuis. Bijna alle ziekenhuizen maken daarbij geen onderscheid tussen leerlingen, gediplomeerden en afdelingshoofden. Een paar ziekenhuizen doen dat wél en in de meeste gevallen stelt men dan aan toekomstige afdelingshoofden hogere verwachtingen dan aan leerlingen of gediplomeerden⁶.

In iets meer dan de helft van alle ziekenhuizen (namelijk 51%) verwacht men zowel van leerlingen, als van gediplomeerden en hoofden meer dan louter respect. Welke verwachtingen stelt men in dat geval? Een overzicht daarvan is te vinden in tabel 3.5. Daaruit blijkt dat de verwachtingen die men aan leerlingen stelt, nauwelijks verschillen van die ten opzichte van gediplomeerden. In bijna de helft van de ziekenhuizen waar men expliciete verwachtingen formuleert, betreft dat concrete religieuze uitingsvormen als bijbellezing, gebed, kerkdiensten en zang. Men wordt geacht de patiënt of bewoner daarbij van dienst te zijn. Daarnaast verwacht bijna 40% dat leerlingen en gediplomeerden (ook) buiten het specifiek rituele vlak aandacht hebben voor geloofsvragen van patiënten. Vergeleken daarmee zijn de verwachtingen ten aanzien van afdelingshoofden minder patiëntgericht en meer toegespitst op hun functie: stimuleren, controleren en begeleiden.

6 Ziekenhuizen waar men dergelijke verwachtingen niet aan alle groepen sollicitanten stelt, zijn door ons gerekend tot de categorie die 'niet méér verwacht dan respect'.

Tabel 3.5: Verwachtingen die aan leerlingen, gediplomeerden en hoofden in het sollicitatiegesprek worden gesteld (in procenten van het aantal ziekenhuizen dat meer dan louter respect verwacht)

Soort verwachting	leerlingen	gediplo- meerden	hoofden
- Concrete zaken als: bijbellezen met/voor patiënten, met patiënten meegaan/begeleiden naar kerkdienst, meedoen met zang	47	46	34
- Ingaan op geloofsvragen van patiënten, patiënten ondersteunen/opvangen in geloofsvragen	39	38	30
- Een positief christelijke instelling hebben, kerkelijk meeleven zijn	29	33	34
- Deelnemen aan gesprekken/bezinning over identiteit	16	18	20
- Patiënten doorverwijzen naar de predikant	5	3	5
- Leerlingen in deze begeleiden	-	15	14
- In deze een stimulerende/controlerende rol vervullen	-	-	27
- Overige	29	28	30
N (= aantal ziekenhuizen)*	(N=38)	(N=39)	(N=44)

*) Per ziekenhuis was meer dan één antwoord mogelijk; vandaar dat de percentages per kolom optellen tot boven de 100%.

Ziekenhuizen die in het sollicitatiegesprek laten blijken dat ze dergelijke verwachtingen koesteren, anticiperen daar al op in hun personeelsadvertenties. Zij profileren zich namelijk in de formulering van de functie-eisen vaker als een christelijk ziekenhuis dan wanneer men zulke verwachtingen niet heeft (67% versus 13%; tau-b=.57).

Kerkelijke achtergrond

Omdat in personeelsadvertenties van CVZ-ziekenhuizen regelmatig te lezen valt, dat de voorkeur uitgaat naar sollicitanten met 'een (protestants-)christelijke levensovertuiging', daar soms zelfs expliciet om gevraagd wordt, zijn wij nagegaan in hoeverre leerlingen die een dergelijke achtergrond niet hebben, acceptabel zijn, eventueel onder bepaalde voorwaarden. In concreto hebben wij vragen gesteld over katholieken, buitenkerkelijken en anti-kerkelijken. Daaraan is op basis van het vooronderzoek een vierde categorie toegevoegd: streng orthodox-protestanten.

Uit de antwoorden blijkt dat katholieken in hoge mate (namelijk voor 75% van de ziekenhuizen) zonder meer acceptabel zijn; voor slechts twee ziekenhuizen zijn ze in principe niet acceptabel. Daarmee zijn katholieken in grotere mate acceptabel dan streng orthodox-protestanten (57%). Ten aanzien van deze groep komt men vaker tot het formuleren van bepaalde voorwaarden, zoals: een oecumenische instelling hebben, opvattingen van anderen accepteren, zich invoegen in de gang van zaken in het ziekenhuis en dergelijke.

Met buitenkerkelijken heeft men nog meer problemen, zij het dat men dat niet vertaalt in afwijzing zonder meer, maar vaker voorwaarden stelt als: respect hebben voor het christelijke karakter van het ziekenhuis, de levensovertuiging van patiënten en bewoners respecteren, zich niet negatief opstellen tegenover de kerk of de identiteit van het ziekenhuis, religieuze vragen van patiënten kunnen opvangen, daarop reageren en eventueel doorgeven aan de pastor, enzovoorts.

Katholieken, streng orthodox-protestanten en buitenkerkelijken worden bijna nergens zonder meer afgewezen. Dat gebeurt wél met anti-kerkelijken. Voor tweederde van de ziekenhuizen is deze groepering zonder meer onacceptabel. Slechts in een paar ziekenhuizen (in vijf van de 77) zijn ze onvoorwaardelijk acceptabel.

Bij nadere analyse blijken de houdingen ten aanzien van katholieken, buitenkerkelijken en anti-kerkelijken een perfecte cumulatieve schaal te vormen. Het meest stringent zijn die ziekenhuizen die geen van deze drie zonder verdere voorwaarden acceptabel vinden; 25% van de ziekenhuizen neemt deze positie in. Het andere uiterste van de schaal wordt gevormd door die ziekenhuizen die ze alle drie zonder meer accepteren (7%). Daar tussen in bevinden zich die ziekenhuizen die alleen katholieken zonder meer accepteren (41%) en die zowel katholieken als buitenkerkelijken accepteren, maar geen anti-kerkelijken (27%). Deze vierpuntsschaal geeft de tolerantiegraad ten opzichte van andere kerkelijke groeperingen weer (zie tabel 3.6).

Die tolerantiegraad hangt samen met de verwachtingen die men in het sollicitatiegesprek stelt aan leerlingen, gediplomeerden en afdelingshoofden ($\tau\text{-}b = .40$). Verwacht men van sollicitanten méér dan louter respect, dan zal men veel minder geneigd zijn buitenkerkelijken en anti-kerkelijken onvoorwaardelijk te accepteren dan wanneer men zijn verwachtingen lager stelt en niet verder gaat dan dat sollicitanten 'respect tonen voor...' (19% versus 49%). De gemiddelde schaalwaarde voor de eerstgenoemde groep is 1,8 en voor de laatstgenoemde 2,5 (zie tabel 3.6).

Tabel 3.6: Acceptatie van sollicitanten uit andere kerkelijke groeperingen, naar verwachtingen die men in het sollicitatiegesprek stelt (in procenten)

Mate van acceptatie*	Hogere	Geringere	Totaal	
	verwachtingen	verwachtingen	N	%
1 (= onder voorwaarden)	39	11	19	25
2	42	40	31	41
3	16	38	20	27
4 (= onvoorwaardelijk)	3	11	5	7
N (= 100%)	38	37	**75	100
gemiddelde schaalwaarde	1,8	2,5	2,1	

*) Mate van acceptatie: 1 = katholieken, buitenkerkelijken en anti-kerkelijken zijn alleen onder voorwaarden acceptabel; 2 = alleen katholieken zijn onvoorwaardelijk acceptabel; 3 = katholieken en buitenkerkelijken zijn onvoorwaardelijk acceptabel, maar anti-kerkelijken niet; 4 = alle drie deze groeperingen zijn zonder verdere voorwaarden acceptabel.

**) Twee ziekenhuizen hebben geen leerlingen in dienst en derhalve geen score op deze schaal.

Samenhang

Uit het voorafgaande ontstaat een consistent beeld. De inhoud van personeelsadvertenties, de wijze van werving, de inhoud van het sollicitatiegesprek en de kerkelijke achtergrond van de sollicitant als selectiecriterium hangen in sterke mate samen. Meer nog dan uit hetgeen daarover hierboven is weergegeven, blijkt dat uit een schaalanalyse die we hebben toegepast op deze vier variabelen tezamen. Wanneer de wijze van werving (via christelijke of niet-christelijke bladen) wordt geëlimineerd, bereikt Cronbach's alpha de waarde van .73⁷; de item-totaalcorrelaties liggen dan tussen .50 en .62. De overblijvende drie variabelen verwijzen dus naar een gemeenschappelijke achtergrond, die men zou kunnen omschrijven met 'de christelijke identiteit bij werving en selectie'.

Men zou kunnen stellen, dat er nauwelijks sprake is van een christelijke identiteit als uit de personeelsadvertentie op geen enkele wijze blijkt dat het om een christelijk ziekenhuis gaat, als tegelijkertijd het christelijk karakter van het ziekenhuis bij de sollicitatie niet ter sprake wordt gebracht en als men

7 In het sociologisch onderzoek is het gebruikelijk bij een alpha van .70 of hoger te spreken van een 'betrouwbare schaal'.

buitenkerkelijken en anti-kerkelijken⁸ zonder verdere voorwaarden als leerling-verpleegkundigen accepteert. Wanneer een ziekenhuis zich daarentegen bij de formulering van de functie-eisen in personeelsadvertenties profileert als een christelijk ziekenhuis, wanneer het in sollicitatiegesprekken met leerlingen, gediplomeerden en afdelingshoofden laat blijken dat er méér wordt verwacht dan 'louter respect voor de christelijke uitgangspunten van het ziekenhuis' (anders geformuleerd: expliciet verwacht dat men daar een positieve bijdrage aan levert) en wanneer het voorwaarden stelt bij de aanname van leerlingen met een andere kerkelijke achtergrond dan de protestants-christelijke, dan is de christelijke identiteit manifest, althans bij de werving en selectie van het personeel.

Of men daarbij via christelijke of niet-christelijke bladen adverteert, is blijkbaar minder relevant. Op statistische gronden werd deze variabele uit de schaal verwijderd; het duidt erop dat adverteren in niet-christelijke bladen geen belemmering hoeft te zijn om zich te profileren als een christelijk ziekenhuis.

De schaal die geconstrueerd is op basis van de drie genoemde variabelen, is een zevenpuntsschaal (zie tabel 3.7). Bij 36% van de ziekenhuizen is in hoge mate sprake van een christelijke identiteit bij werving en selectie. Zij nemen op elk van de drie afzonderlijke variabelen telkens de hoogste positie in of wijken daar slechts één keer in beperkte mate van af. Bij een kwart van de ziekenhuizen kan men ten aanzien van werving en selectie nauwelijks spreken van een christelijke identiteit; zij bezitten de drie laagste posities op de schaal. De overige ziekenhuizen nemen een middenpositie in.

Tabel 3.7: Christelijke identiteit bij werving en selectie (schaal)

Mate van chr. identiteit	N	%
1 (=hoog)	12	16,0
2	15	20,0
3	15	20,0
4	14	18,7
5	14	18,7
6	3	4,0
7 (=laag)	2	2,7
Totaal	75	100

⁸ Door samenvoeging van deze twee categorieën hebben wij de variabele 'onvoorwaardelijke acceptatie van andere kerkelijke groeperingen' getrichotomiseerd.

De mate waarin ziekenhuizen bij werving en selectie hun christelijke identiteit manifesteren, is niet zonder gevolgen voor de opbouw van het personeelsbestand. In het volgende hoofdstuk zullen we daar nog uitgebreid op ingaan, op basis van de resultaten van de mondelinge interviews. Uit de schriftelijke enquête blijkt in ieder geval, dat er een grote samenhang ($\tau\text{-}b=.61$) bestaat tussen enerzijds de identiteit waarmee het ziekenhuis zich bij werving en selectie manifesteert, en anderzijds de mate waarin het verplegend en verzorgend personeel 'voorstander is van de christelijke signatuur van het ziekenhuis' (een zevenpuntsschaal).

Dat kan er inderdaad op duiden dat een bepaald beleid resulteert in personeelsleden die zich in dat beleid herkennen. De oorzaak-gevolgrelatie kan overigens ook andersom zijn: vanwege de kerkelijke achtergrond en houding van het personeel tegenover de identiteit kan een ziekenhuis bij werving en selectie een dienovereenkomstig (dus: meer of minder) accent leggen op zijn christelijke identiteit. Het meest waarschijnlijke is dat er een wederkerige relatie tussen beide bestaat.

3.3.2. Opleiding en vorming

In tegenstelling tot een groot aantal arbeidssectoren kent men in het ziekenhuiswezen een nauwe verbinding tussen opleiding en arbeid. Een groot deel van het verplegend en verzorgend personeel bestaat er immers uit leerlingen, personeelsleden die gedurende hun eerste jaren de zogenaamde 'in-service opleiding' volgen. Tijdens die jaren bekwaamt men zich door opleiding en praktijk tot het beroep van verpleegkundige of ziekenverzorg(st)er, welk beroep men eerst na het behalen van het diploma ten volle kan uitoefenen.

Naast de meer technisch-verpleegkundige en -verzorgende vakken bestaat die opleiding uit de ontwikkeling van een aantal sociale vaardigheden en is er de mogelijkheid om het vak 'levensbeschouwelijke vorming' in het pakket op te nemen. Het doel van dat laatste kan variëren: leerlingen introduceren in de godsdienstige en levensbeschouwelijke cultuur van het betreffende ziekenhuis, leerlingen laten kennismaken met de verscheidenheid van godsdiensten en levensbeschouwingen die er onder patiënten kan bestaan en met de consequenties daarvan voor verpleging en verzorging, leerlingen informeren over en een eigen houding leren bepalen inzake ethische kwesties, inzake stervensbegeleiding en dergelijke.

Als Frissen en Van Westerlaak schrijven dat organisaties hun cultuur, die niet bij voorbaat bekend verondersteld kan worden bij nieuwe leden, via opleidingen en introductieprogramma's kunnen overdragen (1990: 96), moet bij ziekenhuizen vooral gedacht worden aan die interne opleiding. Maar ook daarnaast en daarna bestaat de mogelijkheid om het personeel via cursussen, besprekingen of instructies verder te vormen. Over beide, zowel de opleiding als wat daarbuiten aan vorming geschiedt, zijn door ons vragen gesteld om na te gaan in hoeverre en op welke wijze ziekenhuizen daar gebruik van maken ten behoeve van de levensbeschouwelijke vorming van hun personeel.

Levensbeschouwelijke vorming tijdens de opleiding

Op zich duidt het bestaan van het vak levensbeschouwelijke vorming en het voorkomen van cursussen of besprekingen over levensbeschouwelijke of ethische onderwerpen niet op een christelijke identiteit. Aan de andere kant moet gezegd worden dat het ontbreken ervan aan het ziekenhuis de mogelijkheid ontnemt zich op die manier te profileren. Het gaat hier met andere woorden niet om voldoende, maar wel om noodzakelijke voorwaarden voor een nadere profilering. We hebben daarom vragen gesteld over de frequentie van deze vormen van opleiding en vorming. Daarnaast zijn enkele vragen gesteld die meer naar de inhoud peilen.

Uit het vooronderzoek werd ons duidelijk dat de opleiding van leerlingen lang niet altijd een aangelegenheid van het betreffende ziekenhuis alleen is. Veel ziekenhuizen werken daarin samen met andere; in welke mate daarvan sprake is, was ons niet bekend. Verondersteld mag worden dat de grondslag of identiteit van die andere ziekenhuizen mede van invloed zijn op het vak levensbeschouwelijke vorming, niet zozeer op de frequentie ervan, als wel op de inhoud. Om na te gaan of dat zo is, zijn vragen gesteld over de setting waarbinnen de opleiding van leerlingen plaatsvindt.

Samenwerking met andere ziekenhuizen

Uit het onderzoek komt naar voren, dat acht ziekenhuizen geen leerlingen in dienst hebben en bijgevolg ook geen 'in-service opleiding'⁹. Van de overige 69 ziekenhuizen heeft 58% de opleiding samen met andere ziekenhuizen. In totaal werkt 34% van de ziekenhuizen bij de opleiding van leerlingen samen met katholieke en/of niet-confessionele instellingen of in een combinatie waarvan naast protestants-christelijke ook katholieke en/of niet-confessionele ziekenhuizen deel uitmaken; 66% heeft de opleiding in eigen beheer of werkt daarbij samen met alleen protestants-christelijke ziekenhuizen¹⁰.

Ongetwijfeld zullen diverse factoren van invloed zijn op de keuze of noodzaak tot samenwerking en op de keuze van de samenwerkingspartners: de grootte van het ziekenhuis, bijvoorbeeld, of de aanwezigheid en de grondslag van andere ziekenhuizen in de omgeving. We hebben echter ook een zekere samenhang geconstateerd tussen de opleidingssetting en de mate waarin ziekenhuizen bij werving en selectie hun christelijke identiteit profileren ($\tau_{ab} = .26$); een grotere nadruk op die christelijke identiteit gaat samen met een zekere reserve ten aanzien van samenwerking met katholieke en/of niet-confessionele ziekenhuizen. Gezien de consequenties van een dergelijke

9 Geen van deze acht behoort tot de sector van de algemene ziekenhuizen. Zes van de genoemde acht zijn tamelijk specialistisch - ook binnen de sector waartoe ze behoren - en tegelijkertijd klein voor wat het beddenaantal betreft.

10 Daartoe is ook één ziekenhuis gerekend dat weliswaar samenwerkt met niet-confessionele ziekenhuizen, maar het vak levensbeschouwelijke vorming in eigen beheer heeft.

samenwerking duidt dat op consistentie in beleid; dat moge blijken uit de volgende onderzoeksresultaten inzake het vak levensbeschouwelijke vorming.

Bij al onze ziekenhuizen staat het vak levensbeschouwelijke vorming op het rooster, met uitzondering van één psychiatrisch ziekenhuis. De benamingen die men eraan geeft, zijn wel heel verschillend: levensbeschouwelijke oriëntatie, geloofs- en levensovertuiging, levensbeschouwelijke/geestelijke vorming, religieuze vorming, geestelijke stromingen, evangelie en beroep, algemene en persoonlijkheidsvorming, pastorale toerusting, geestelijke en politieke stromingen en dergelijke. In driekwart van de ziekenhuizen staat dit vak gedurende (praktisch) de gehele opleidingstijd op het rooster; bij de rest van de ziekenhuizen ontbreekt het minstens gedurende een kwart van de opleidingstijd. Dat laatste komt vaker voor als het ziekenhuis samenwerkt met katholieke en/of niet-confessionele ziekenhuizen dan wanneer het dat niet doet (47% versus 13%; $\tau\text{-}b = .38$).

Een soortgelijke samenhang bestaat er inzake de inhoud van de levensbeschouwelijke vorming, althans voorzover het gaat om de mate waarin de bijbel expliciet aan de orde komt. Zoals men kan verwachten, gebeurt dat vaker als het ziekenhuis de opleiding in eigen beheer heeft of alleen met andere protestants-christelijke ziekenhuizen samenwerkt dan wanneer het met katholieke en/of niet-confessionele ziekenhuizen samenwerkt ($\tau\text{-}b = .41$). De opleidingssetting is dus medebepalend niet alleen voor de inhoud van het vak levensbeschouwelijke vorming - dat ligt in de lijn van de rede, maar ook voor de frequentie ervan - en dat ligt niet per se in de lijn van de rede, omdat het vak op verschillende manieren kan worden ingevuld. Het gevolg is dat frequentie en inhoud van het vak levensbeschouwelijke vorming zich voor een deel onttrekken aan de invloed van het ziekenhuis en daarom geen goede indicatoren zijn voor de eigen opstelling van het ziekenhuis ten aanzien van de christelijke identiteit.

Verdere vorming na de opleiding

Dit geldt niet inzake het aanbieden en organiseren van cursussen, besprekingen en dergelijke. Daarin zijn de ziekenhuizen niet afhankelijk van andere en de vraag kan dan ook gesteld worden in hoeverre ziekenhuizen buiten de formele opleiding structureel aandacht besteden aan de vorming van het verplegend en verzorgend personeel¹¹. In de vragenlijst waren daarover vier (series) vragen opgenomen:

- of er de laatste drie jaar voor gediplomeerden cursussen of avonden zijn georganiseerd over levensbeschouwelijke onderwerpen,
- of er de laatste drie jaar met het personeel besprekingen zijn gevoerd over 'de christelijke signatuur of wat daarmee samenhangt',
- of er bijbel- of gespreksgroepen voor personeelsleden bestaan,

¹¹ In hoeverre daar op informele wijze aandacht aan wordt besteed, onttrekt zich aan ons, maar is voor ons ook niet relevant, omdat het ons om het *beleid* van het ziekenhuis gaat.

- of het verplegend en verzorgend personeel op enigerlei wijze wordt geïnstrueerd of begeleid ten dienste van de pastorale zorg of godsdienstige begeleiding van patiënten en bewoners.

Cursussen of avonden over levensbeschouwelijke onderwerpen zijn er geweest in 34% van de ziekenhuizen; de meeste aandacht ging daarbij uit naar onderwerpen als stervensbegeleiding, euthanasie, abortus en de identiteit van het ziekenhuis. Een groot deel van de ziekenhuizen (namelijk 82%) meldt dat er gesprekken zijn gehouden over de christelijke signatuur. Ook het personeel wordt daarbij ingeschakeld; op die manier heeft in 64% van alle ziekenhuizen het personeel (of geledingen daaruit) aan dergelijke gesprekken deelgenomen.

Eveneens in 64% van de ziekenhuizen wordt het verplegend en verzorgend personeel geïnstrueerd of begeleid ten dienste van de pastorale zorg voor of godsdienstige begeleiding van patiënten en bewoners. Waar dat gebeurt, wordt dat meestal door een pastor of predikant gedaan, maar in twee op de vijf ziekenhuizen toch ook door iemand anders (en bijna altijd zijn dat dan afdelingshoofden). Dergelijke instructies worden in hoofdzaak via individuele gesprekken of via teambesprekingen doorgegeven; van deze twee manieren wordt nagenoeg even vaak gebruik gemaakt. Bijbel- of gespreksgroepen van personeelsleden komen minder vaak voor: 23% van de ziekenhuizen kent ze; op een enkele uitzondering na worden ze geëntameerd door een pastor of predikant.

Samenhang tussen de diverse vormingsactiviteiten

Al deze vier vormingsactiviteiten komen vaker voor in ziekenhuizen die ook al bij werving en selectie hun christelijke identiteit benadrukken, maar de samenhangen zijn niet sterk (de tau-b's zijn nergens groter dan .26). Ook hangen de vier vormingsactiviteiten onderling weinig samen; ze vormen geen schaal en verwijzen daarmee niet naar een gemeenschappelijke dimensie. Of ze voorkomen, lijkt daarmee eerder bepaald te worden door een diversiteit aan factoren dan door een gericht beleid.

Wél is het zo dat ziekenhuizen met een herkenbare christelijke identiteit bij werving en selectie een grotere diversiteit aan vormingsactiviteiten ontplooiën dan de andere ziekenhuizen. Bij 56% van de eerstgenoemde ziekenhuizen kwamen namelijk minstens drie van de besproken vormingsactiviteiten voor; bij ziekenhuizen die nauwelijks nadruk leggen op een christelijke identiteit, was dat 16% (tau-b=.36). In zekere zin kan daarmee gezegd worden dat ziekenhuizen die bij de sollicitatie bepaalde verwachtingen hebben omtrent de bijdrage van het personeel aan de christelijke identiteit van het ziekenhuis, daar door een verscheidenheid aan vormingsactiviteiten verder gestalte aan geven.

3.3.3. Kerkelijk-godsdienstige rituelen

Elke organisatie kent rituelen, in een bepaald ritme (dagelijks, wekelijks, jaarlijks) terugkerende gedragspatronen, waarin de gemeenschappelijke cultuur tot uiting komt en waardoor de gemeenschappelijkheid van die cultuur versterkt wordt. Van oudsher kennen christelijke ziekenhuizen ook dergelijke rituelen en het zijn juist deze rituelen ten aanzien waarvan in sollicitatiegesprekken hele concrete verwachtingen worden geuit (zie tabel 3.5).

Over vijf daarvan zijn vragen gesteld, namelijk de christelijke feestdagen Kerstmis (inclusief de adventstijd) en Pasen (inclusief de lijdensweken), de wekelijkse kerkdienst, momenten van bezinning via de huisradio (zoals ochtendwijding, middagdienst, dagsluiting en dergelijke), de dagelijkse bijbellezing en het bidden en danken rond de maaltijd. In hoeverre worden deze rituelen in praktijk gebracht? Is er vervolgens een dusdanige samenhang tussen deze rituelen, dat ze naar een gemeenschappelijke culturele achtergrond verwijzen? En bestaat er tenslotte een relatie met de wervings- en selectieprocedures? Voor het antwoord op de eerste vraag verwijzen we naar tabel 3.8.

Tabel 3.8: Kerkelijk-godsdienstige rituelen in CVZ-ziekenhuizen (in procenten)

Soort ritueel	Frequentie 'veel' < ————— > 'weinig'			N (= 100%)
a. Kerstmis en Pasen	bijzondere aandacht voor: beide een van beide geen van beide			77
	87 9 4			
b. kerkdienst	wekelijks 1 à 3 keer per maand neen/soms			77
	86 6 8			
c. ochtendwijding, middagdienst e.d.	(bijna) dagelijks één of enkele keren per week nauwelijks of nooit			75
	32 19 49			
d. bijbellezing	(bijna) dagelijks soms/verschilt per afdeling nauwelijks of nooit			77
	25 45 30			
e. stilte voor bidden en danken	over het al- gemeen wel soms wel, soms niet nauwelijks of nooit			77
	71 20 9			

Aan de christelijke feestdagen wordt in hoge mate aandacht besteed. Kerstmis en Pasen zijn zozeer algemene feestdagen geworden, dat het wellicht verwonderlijk is dat er 10 ziekenhuizen (=13%) zijn die *niet* op enigerlei wijze aan beide bijzondere aandacht besteden. Die bijzondere aandacht verloopt hoofdzakelijk via liturgische vieringen of diensten, waarbij voor wat Pasen betreft een aantal keren ook het vieren van het Avondmaal wordt genoemd. Aan Kerstmis wordt ook veel aandacht besteed door middel van muziek, zang of koor. Dit laatste wordt bij Pasen ook genoemd, zij het veel minder. Voorts zijn er telkens zo'n 10 ziekenhuizen die aan het kerstfeest aandacht besteden door middel van een kerstwijding, kerstspel, speciale lectuur of een feestelijke maaltijd. Deze laatste worden bij Pasen nauwelijks genoemd.

Het fenomeen van de wekelijkse kerkdienst is eveneens algemeen gangbaar. Er zijn slechts zes ziekenhuizen (=8%) waar nooit of minder dan één keer per maand een kerkdienst plaatsvindt; drie van deze zes zijn bovendien erg klein en specialistisch en één daarvan heeft tevens geen pastor of pastorale dienst. Stilte in acht nemen voor bidden en danken wordt ook nog op ruime schaal gepraktiseerd, zij het in zo'n 30% van de ziekenhuizen niet meer als algemeen gebruik.

Ochtendwijdingen, middagdiensten en dergelijke (via de huisradio) en het lezen uit de bijbel zijn geen algemeen gebruik meer. In respectievelijk 49% en 30% van de ziekenhuizen komen die niet (meer) of nauwelijks nog voor, als dagelijks gebruik worden ze in respectievelijk 32% en 25% van de ziekenhuizen gepraktiseerd. Opvallend is de grote middencategorie bij bijbellezing; deze bestaat voor bijna tweederde uit ziekenhuizen waar in dit opzicht tussen de afdelingen grote verschillen bestaan.

Samenhang

Nadere analyse bracht aan het licht dat deze vijf rituelen niet te herleiden zijn tot één gemeenschappelijke noemer. Er is eerder sprake van een tweedeling: enerzijds de kerkdiensten en bezinningsmomenten als ochtendwijdingen en dergelijke, anderzijds het bijbellezen en stilte voor bidden en danken. Paarsgewijs is er sprake van een (sterke) samenhang: de tau-b's zijn respectievelijk .29 en .48, maar tussen de paren ontbreekt nagenoeg elke correlatie. Bovendien hangen beide paren, zij het in zwakke mate, samen met het overblijvende ritueel: het gebruik om aan Kerstmis en Pasen bijzondere aandacht te besteden.

Hoe is dit patroon te verklaren? Bij nadere beschouwing blijken er inderdaad specifieke verschillen en overeenkomsten te bestaan tussen de betreffende rituelen. Zo worden de kerkdiensten en de genoemde bezinningsmomenten voor het hele ziekenhuis aangeboden en vooral verzorgd door de pastorale dienst. Bijbellezen en stilte voor bidden en danken zijn gebruiken die op afdelingsniveau plaatsvinden en daarmee iets zeggen over het functioneren van rituelen in het woon- en leefmilieu van bewoners en patiënten. Specifieke aandacht voor de christelijke feestdagen valt daar - om zo te zeggen - tussen in; dat kan zowel op afdelingsniveau als voor het hele ziekenhuis gerealiseerd

worden. Daaruit valt te verklaren dat dit aspect met beide genoemde paren samenhangt, maar ook dat er in beide gevallen slechts sprake is van een zwakke samenhang.

Van de genoemde rituelen hangen alleen de 'afdelingsrituelen' sterk samen met de wervings- en selectieprocedures: ziekenhuizen die daarbij hun christelijke identiteit benadrukken, zijn meer vertrouwd met het dagelijkse bijbellezen ($\tau\text{-}b = .58$) en met het gebruik om stilte in acht te nemen voor bidden en danken ($\tau\text{-}b = .41$) dan ziekenhuizen die minder accent leggen op een dergelijke identiteit. Die samenhang zou men naar twee kanten toe kunnen interpreteren. Aan de ene kant zal een bepaald wervings- en selectiebeleid een gunstig effect hebben op de continuïteit van bepaalde afdelingsrituelen, omdat men door dat beleid personeel aantrekt dat bereid en in staat is aan die rituelen vorm en inhoud te geven. Maar ook het omgekeerde is mogelijk, namelijk dat men vanuit de bestaande rituelen in de dagelijkse omgang met patiënten en bewoners criteria formuleert die (uiteeraard naast andere criteria) mede bepalen welke kandidaten men werft en selecteert. Waarschijnlijk doen beide processen zich voor. Hoe het ook zij, van die afdelingsrituelen is het de praktijk van het dagelijkse bijbellezen die nog het meest samenhangt met op de christelijke identiteit gerichte wervings- en selectieprocedures.

De impact van het dagelijkse bijbellezen blijkt overigens niet alleen uit de verwachtingen die men aan sollicitanten stelt, maar ook uit wat men van het hele verplegend en verzorgende personeel verwacht. Driekwart van de ziekenhuizen geeft te kennen dat ze van het personeel een positieve bijdrage verwachten aan de pastorale zorg of godsdienstige begeleiding van patiënten en bewoners. Deze verwachting is sterker naarmate de dagelijkse bijbellesing meer in praktijk wordt gebracht ($\tau\text{-}b = .32$). Tegen deze achtergrond kan de dagelijkse bijbellesing van alle kerkelijk-godsdienstige rituelen als de meest centrale indicator gezien worden van de christelijke identiteit van het ziekenhuis.

3.3.4. Bestuur en directie en de christelijke identiteit

Bestuur en directie zijn de vertolkers van de identiteit, welke dat ook moge zijn. Zij worden geacht deze te waarborgen, te stimuleren en ervoor in te staan. Voor het overige personeel vervullen zij daarmee een voorbeeldfunctie. De vraag die wij ons hier stellen is, in welke mate zij de vertolkers zijn van de christelijke identiteit. In hoofdstuk 2 is aangegeven, welke vragen uit de schriftelijke enquête volgens ons daarvan een indicatie zijn. We zullen nu eerst de resultaten van de afzonderlijke vragen presenteren en vervolgens nagaan of de verschillende vragen naar een gemeenschappelijke dimensie verwijzen.

De afzonderlijke indicatoren

Zowel ten aanzien van het bestuur als van de directie is gevraagd aan te geven

'in welke mate ze volgens u(w perceptie) voorstander zijn van de christelijke signatuur van uw ziekenhuis'. Het antwoord moest gegeven worden op een zevenpuntsschaal, lopend van 'helemaal niet' tot 'in zeer sterke mate'. Dezelfde vraag is ook gesteld ten aanzien van andere groeperingen in het ziekenhuis. De gemiddelde scores van bestuur en directie kunnen als zeer hoog gekwalificeerd worden, namelijk 6,2 respectievelijk 5,6 (op een schaal van 1 tot 7). Met de predikant (een gemiddelde score van 6,3) vormen zij de sterkste voorstanders van de christelijke signatuur. Medici en paramedici, alsook het civiele personeel zijn dat veel minder; beide groeperingen scoren een gemiddelde van 3,9. Een middenpositie wordt hier ingenomen door het verplegend en verzorgend personeel en door (de familie van de) patiënten; het gemiddelde van deze groeperingen ligt rond de 4,5.

Ook wanneer het perspectief naar de toekomst verlegd wordt en de vraag gesteld wordt, of het ziekenhuis - voorzover dat aan het bestuur en de directie ligt - over 10 jaar nog een christelijke signatuur zal hebben, blijkt de grote betrokkenheid van bestuur en directie; 66% antwoordt dan namelijk onomwonden bevestigend en nog eens 20% met: 'waarschijnlijk wel'. Eén ziekenhuis zegt resoluut 'neen' op die vraag en de overige verdelen zich gelijkelijk over de antwoordcategorieën 'waarschijnlijk niet' en 'weet het niet'.

De grote betrokkenheid die uit het voorafgaande kan worden afgeleid, vertaalt zich niet in het optreden naar buiten; men is daar althans, zo lijkt het, meer bescheiden in. Op de vraag namelijk of men dan benadrukt dat het eigen ziekenhuis een christelijk ziekenhuis is, geeft 'slechts' 28% te kennen dat men dat in sterke mate doet; 56% doet dat enigszins en de overige 16% nauwelijks of niet. Het antwoord op deze laatste vraag correleert overigens (tamelijk) sterk met de antwoorden op de voorafgaande drie, namelijk $\tau\text{-}b = .29$ (met de huidige betrokkenheid van het bestuur), $\tau\text{-}b = .49$ (de huidige betrokkenheid van de directie) en $\tau\text{-}b = .38$ (de geschatte betrokkenheid van bestuur en directie over 10 jaar), hetgeen duidt op consistentie in betrokkenheid.

De laatste vraag in dit verband is die naar de verwachtingen die men in sollicitatiegesprekken met directiekandidaten stelt, dezelfde vraag die ook behandeld is bij de werving en selectie van het verplegend en verzorgend personeel. Er zijn twee ziekenhuizen waar men op geen enkele wijze in het sollicitatiegesprek het christelijke karakter ter sprake brengt. Eén van deze twee deed dat ook niet bij het verplegend en verzorgend personeel. In 17% van de ziekenhuizen wordt verwacht dat men respect toont voor de signatuur van het ziekenhuis. Tachtig procent van de ziekenhuizen verwacht echter méér van de directie. En dat is een aanmerkelijk hoger percentage dan wat we ten aanzien van leerlingen, gediplomeerden en afdelingshoofden registreerden (namelijk 51%).

Wat men in voorkomende gevallen van directiekandidaten verwacht, wordt op een drietal verschillende manieren verwoord. In sommige ziekenhuizen wordt gerefereerd aan de kerkelijke of levensbeschouwelijke achtergrond van de sollicitant: 'een positief (protestants-)christelijke levensovertuiging' of 'belijdend (of meelevend) lid van een protestantse kerk'. Andere verwijzen

naar de grondslag van het ziekenhuis; men verwacht dan dat directiekandidaten instemmen met de grondslag (de doelstellingen, de christelijke uitgangspunten of het Evangelie van Jezus Christus), deze aanvaarden of onderschrijven. Een derde categorie formuleert zijn verwachtingen in termen van het gedrag dat van een directielid verlangd wordt: dat men een actieve bijdrage levert aan de identiteit van het ziekenhuis, deze stimuleert, initiatieven neemt of naar buiten uitdraagt. Naar elk van deze drie wordt in ongeveer gelijke mate gerefereerd, al of niet in combinatie met elkaar.

Samenhang tussen indicatoren

De vijf hierboven besproken variabelen hangen onderling zozeer samen, dat ze verwijzen naar een gemeenschappelijke dimensie¹², die omschreven kan worden als 'de betrokkenheid van het bestuur en de directie bij de christelijke identiteit van het ziekenhuis'. Men kan zich afvragen of deze nieuwe variabele niet subjectief van aard is, terwijl die betreffende werving en selectie, opleiding en vorming en de kerkelijk-godsdienstige rituelen meer objectief van aard zijn. Ze steunt immers in hoofdzaak, gelet op de oorspronkelijke variabelen met de hoogste factorladingen, op inschattingen omtrent de huidige of in de toekomst verwachte betrokkenheid van bestuur en directie. Berust deze subjectief ingeschatte betrokkenheid op een objectief waarneembare betrokkenheid? Voor het antwoord op deze vraag zijn we nagegaan of er samenhang bestaat met concrete gedragingen van de directie. Zes thema's uit de vragenlijst boden daartoe de gelegenheid.

Waar de betrokkenheid van de directie op het terrein van de vorming van het personeel en van de kerkelijk-godsdienstige rituelen is nagegaan, bleek een duidelijke samenhang te bestaan met de subjectief ingeschatte betrokkenheid van bestuur en directie. Naarmate deze laatste sterker was, kwam het vaker voor dat de directie tot de initiatiefnemers behoorde van cursussen over levensbeschouwelijke onderwerpen, dat de directie de verzorging van bezinningsmomenten via de huisradio op zich nam en dat zij het bijbellezen op de afdelingen stimuleerde.

Veel zwakker was de samenhang met het schrijven van nota's over de identiteit van het ziekenhuis. Zij ontbrak volledig waar het het identiteitsgesprek betrof: de deelname daaraan varieerde niet met de subjectief ingeschatte betrokkenheid. Dat laatste is wellicht niet zo verrassend. Immers, deelnemen aan gesprekken over de identiteit zegt op zich niets over de houding tegenover die identiteit. Ook uit ander onderzoek is wel gebleken dat gesprekken over godsdienstige thema's weinig zeggen over de godsdienstigheid van de gesprekspartners (zie bijvoorbeeld Stoffels en Dekker, 1987: 82). Mogelijk geldt iets dergelijks ook voor het schrijven van nota's over de identiteit; men kan

¹² Deze constatering steunt op het resultaat van een principale componentenanalyse, die een éénfactor-oplossing gaf, met ladingen gelegen tussen .63 en .91 (eigenwaarde: 2,9; verklaarde variantie: 59,0%).

die immers schrijven vanuit een pro- of contra-houding of vanuit het gegeven dat zo iets tot de taak van de directie behoort.

Deelname aan een eventuele werkgroep pastoraat in het ziekenhuis bleek, tenslotte, ook niet samen te hangen met de subjectief ingeschatte betrokkenheid; wellicht geldt hier hetzelfde als bij het schrijven van identiteitsnota's, namelijk dat men daar ook om functionele redenen aan kan deelnemen. Een dergelijke functionaliteit ligt minder voor de hand waar het gaat om de betrokkenheid bij de kerkelijk-godsdienstige rituelen in het ziekenhuis en het initiëren van cursussen over levensbeschouwelijke onderwerpen. Uit het feit dat de subjectief ingeschatte betrokkenheid van directie en bestuur met deze concrete thema's samenhangt, kan derhalve afgeleid worden dat er een zekere objectieve basis aan ten grondslag ligt.

3.3.5. De christelijke identiteit: één meetinstrument

Uit het voorafgaande bleek op diverse plaatsen dat er samenhang bestaat tussen de verschillende variabelen. De vraag kan dan ook gesteld worden of al deze variabelen verwijzen naar een gemeenschappelijke achtergrond. Met behulp van factoranalyse kan daar een antwoord op gegeven worden. Wij hebben een principale-componentenanalyse toegepast op alle in de voorafgaande subparagrafen besproken variabelen, met uitzondering van die betreffende opleiding en vorming. Daar hebben we ons beperkt tot één variabele die is opgebouwd uit een optelling van de vier genoemde vormingsaspecten die ziekenhuizen autonoom kunnen organiseren en aanbieden; deze variabele geeft 'de diversiteit aan vormingsaspecten' in het ziekenhuis weer. De factoranalyse is uitgevoerd op basis van de correlatiematrix, zoals weergegeven in bijlage 3.

Op grond van het verloop van de eigenwaarden (voor de eerste factor 6,00 en voor de tweede en volgende factoren lager dan 1,47) werd allereerst besloten één factor te trekken. Vervolgens werden vier variabelen geëlimineerd wegens lage factorladingen (dat wil zeggen lager dan .40), namelijk het wervingskanaal (christelijke of niet-christelijke dagbladen en tijdschriften)¹³ en drie van de vijf kerkelijk-godsdienstige rituelen: de wekelijkse kerkdienst, bezinningsmomenten via de huisradio en het in acht nemen van stilte voor bidden en danken bij de maaltijden. Van drie van deze vier geëlimineerde variabelen was in de voorafgaande subparagrafen reeds gebleken dat ze minder spoorden met de overige variabelen. De overblijvende 12 variabelen laden alle hoog tot zeer hoog op een factor die duidelijk interpreteerbaar is als 'christelijke identiteit van de ziekenhuisorganisatie' (zie tabel 3.9).

¹³ Een bijkomende reden hier is dat door eliminatie van deze variabele het aantal missings in de factoranalyse gereduceerd kan worden, hetgeen gezien de geringe omvang van de onderzoekspopulatie (N=77) niet onbelangrijk is.

Tabel 3.9: Overzicht van variabelen die hoog laden ($>.40$) op de factor 'christelijke identiteit van de ziekenhuisorganisatie'

Variabelen	Factorlading
Inhoud personeelsadvertenties	.73
Kerkelijke achtergrond als selectie criterium	.68
Verwachtingen bij sollicitatiegesprek	.81
Diversiteit aan vormingsaspecten	.52
Dagelijkse bijbellezing	.64
Aandacht voor christelijke feestdagen	.53
Bijdrage aan pastorale zorg verwacht	.67
Bestuur en christelijke signatuur	.77
Directie en christelijke signatuur	.86
Nadruk op identiteit in optreden naar buiten	.62
Toekomstige betrokkenheid bestuur en directie	.71
Verwachtingen bij sollicitatiegesprek met directiekandidaten	.73
Percentage verklaarde variantie: 47,4%	
N = 70	

Een relatief meetinstrument

Van alle ziekenhuizen kunnen nu de scores op deze factor, de zogenaamde factorscores, berekend worden, die aangeven in welke mate er - op basis van de 12 constituerende variabelen uiteraard - sprake is van een christelijke identiteit¹⁴. In plaats van over 12 afzonderlijke variabelen beschikken we daarmee over één meetinstrument, een schaal, die eendimensionaal en in statistisch opzicht in hoge mate betrouwbaar is (Cronbach's $\alpha = .88$). Ondanks de verscheidenheid aan thematieken, betrekking hebbend op werving, selectie, vorming, religieuze rituelen, arbeidsverwachtingen en de opstelling van bestuur en directie, verwijzen de in tabel 3.9 vermelde variabelen naar één dimensie, één gemeenschappelijk kenmerk: de christelijke identiteit van het ziekenhuis.

Anderzijds werd uit de analyses ook duidelijk wat *niet* tot die dimensie behoort: het wervingskanaal en een drietal rituelen. Ook al hebben deze variabelen betrekking op 'godsdienstige zaken', ze zijn niet tekenend voor de christelijke identiteit.

Kortom, met behulp van factoranalyse is het mogelijk een zekere schifting aan te brengen tussen veronderstelde indicatoren van de christelijke identiteit. Wat resteert is een empirisch onderbouwd en coherent meetinstrument van de

¹⁴ Bij het berekenen van factorscores wordt rekening gehouden met de hoogte van de ladingen: hoe hoger de lading van een variabele op een factor is, des te sterker worden de factorscores door de betreffende variabele bepaald.

christelijke identiteit van de ziekenhuisorganisatie. Daar kan aan worden toegevoegd, dat de uitkomsten van dit meetinstrument sterk sporen met de opvattingen van het verplegend en verzorgend personeel. Hoe meer een ziekenhuis volgens dit meetinstrument gekenmerkt wordt door een christelijke identiteit, des te meer wordt door het personeel beaamd dat het betreffende ziekenhuis 'een echt christelijke instelling is' ($r=.30$). Deze bevinding onderstreept de validiteit van ons meetinstrument.

Het betreffende meetinstrument heeft echter één beperking. Factorscores zijn namelijk gestandaardiseerd (op een gemiddelde van 0 en een variantie van 1), waardoor het meetinstrument 'slechts' een relatieve waarde heeft. In ons geval betekent dat, dat de ziekenhuizen niet onderverdeeld kunnen worden in twee subgroepen waar de christelijke identiteit afwezig respectievelijk aanwezig is. In al onze ziekenhuizen is de christelijke identiteit 'min of meer' aanwezig. De twee subgroepen die wij in het vervolg zullen onderscheiden, bestaan derhalve uit ziekenhuizen die meer dan gemiddeld, respectievelijk minder dan gemiddeld door een christelijke identiteit gekenmerkt worden. Overigens, het lijkt ons reëler in deze met een relatieve maatstaf te werken, omdat over een absolute maat voor christelijke identiteit elke consensus ontbreekt.

Bij wijze van voorbeeld: de identiteit van twee ziekenhuizen vergeleken

Omdat het om een relatief meetinstrument gaat, kan de vraag gesteld worden, hoe groot de verschillen tussen de twee te onderscheiden subgroepen zijn. Om daar een beeld van te geven verwijzen we naar tabel 3.10. In die tabel worden van beide subgroepen de gemiddelde ziekenhuizen (in concreto: de mediane ziekenhuizen) exemplarisch met elkaar vergeleken op de 12 aan de christelijke identiteit ten grondslag liggende variabelen. De volgorde van de variabelen is daarbij bepaald door de sterkte van de factorladingen.

Tabel 3.10: Een vergelijking tussen twee mediane ziekenhuizen (met een respectievelijk meer en minder dan gemiddelde christelijke identiteit) t.a.v. 12 kenmerken

Kenmerk	Ziekenhuis A: meer dan gemiddelde christelijke identiteit	Ziekenhuis B: minder dan gemiddelde christ. identiteit
1. Directie en christelijke signatuur	de directie is in zeer sterke mate voorstander van de christelijke signatuur (score 7 op een schaal van 1-7)	de directie is dat veel minder (score 5 op een schaal van 1-7)

2. Verwachtingen bij sollicitatiegesprekken (met verpleegkundigen)	men verwacht méér dan louter respect voor de christelijke identiteit	men verwacht minstens respect voor de christelijke identiteit
3. Bestuur en christelijke signatuur	het bestuur is in zeer sterke mate voorstander van de christelijke signatuur (score 7 op een schaal van 1-7)	idem
4. Inhoud personeelsadvertenties	het christelijke karakter van het ziekenhuis blijkt uit de naam of de omschrijving van het ziekenhuis	idem
5. Toekomstige betrokkenheid van bestuur en directie	als het aan bestuur en directie ligt, zal het ziekenhuis ook over 10 jaar nog een christelijke signatuur hebben	idem
6. Kerkelijke achtergrond als selectie criterium	alleen katholieken zijn zonder verdere voorwaarden acceptabel; buitenkerkelijken en anti-kerkelijken niet	idem
7. Bijdrage aan pastorale zorg	men verwacht dat het verplegend en verzorgend personeel op enigerlei wijze bijdraagt aan de pastorale zorg of godsdienstige begeleiding van patiënten	een dergelijke verwachting stelt men niet aan het verplegend en verzorgend personeel
8. Dagelijkse bijbel-lesing	soms, c.q. wisselt per afdeling	idem
9. Verwachtingen bij sollicitatiegesprek met directiekandidaten	men verwacht méér dan louter respect voor de christelijke identiteit van het ziekenhuis	men verwacht minstens respect voor de christelijke identiteit
10. Nadruk op identiteit in optreden naar buiten	de directie legt er dan sterk de nadruk op dat het ziekenhuis een christelijke ziekenhuis is	de directie legt daar enigszins de nadruk op
11. Aandacht voor christelijke feestdagen	zowel aan Kerstmis als Pasen wordt extra aandacht besteed	idem

12. Diversiteit aan vormingsaspecten	drie van de vier onderscheiden vormingsaspecten komen er voor	twee van de vier vormingsaspecten komen er voor
--------------------------------------	---	---

Tabel 3.10 laat zien dat er tussen de beide ziekenhuizen bij zes van de twaalf variabelen verschillen bestaan. Bij al deze zes scoort ziekenhuis A hoger dan ziekenhuis B. Op geen enkele variabele scoort ziekenhuis B hoger dan ziekenhuis A. Wat niet onbelangrijk is, is dat ziekenhuis A met name op de twee eerste variabelen, die beide een factorlading hebben van meer dan .80, hoger scoort dan ziekenhuis B. De verschillen tussen de beide ziekenhuizen zijn dus substantieel. Ook verdere aanvullende informatie uit beider vragenlijst wijst daarop. Zo werken beide ziekenhuizen, wat de opleiding van leerlingen betreft, samen met (één of meer) katholieke ziekenhuizen. De opleidingssetting is dus gelijk. Desondanks staat het vak levensbeschouwelijke vorming in ziekenhuis A elk jaar op het rooster, in ziekenhuis B alleen in de preklinische fase. En wanneer omtrent patiënten en verpleegkundigen gevraagd wordt een schatting te geven van de mate waarin zij voorstander zijn van de christelijke signatuur, zoals dat ook gevraagd is aan te geven voor bestuur en directie, dan wordt zowel voor patiënten als voor verpleegkundigen in ziekenhuis A twee punten hoger gescoord (op een schaal van 1-7) dan in ziekenhuis B.

3.4. CHRISTELIJKE IDENTITEIT, GRONDSLAG EN ZIEKENHUISSECTOR

Met het voorafgaande is de inhoud van het meetinstrument 'christelijke identiteit van de ziekenhuisorganisatie' voldoende beschreven en de geldigheid ervan verantwoord. Daarmee kunnen we overgaan naar de laatste twee vragen van dit hoofdstuk, namelijk die naar de relatie tussen christelijke identiteit enerzijds en grondslag en ziekenhuissector anderzijds.

3.4.1. Identiteit en grondslag

In paragraaf 3.2 is uiteengezet dat tweederde van de door ons onderzochte ziekenhuizen een protestants-christelijke grondslag heeft en eenderde een algemeen-christelijke. De grondslag van de laatste is ruimer; men komt in dat verband ook termen tegen als 'interconfessioneel' en 'oecumenisch'. Soms is een fusie met een katholiek ziekenhuis de reden geweest om te kiezen voor een ruimere formulering van de grondslag, meestal echter is men daartoe gekomen zonder dat sprake was van een fusie.

Twee processen zijn hier volgens ons van invloed geweest. Het ene is de ontzuiling als algemeen-maatschappelijk verschijnsel, het tweede de regionalisering van de gezondheidszorg. Door de toenemende ontzuiling verdween steeds meer de noodzaak de onderscheiden organisaties en geloofsgemeenschappen van elkaar gescheiden te houden. Steeds minder werd de nadruk

gelegd op het verschil, steeds meer op de overeenkomsten. Door het proces van regionalisering, door de overheid bevorderd, kregen de ziekenhuizen meer dan voorheen een regionale functie. Vooral voor psychiatrische ziekenhuizen en zwakzinnigeninrichtingen heeft dat gevolgen gehad. De doelgroep werd in de eerste plaats de populatie van de eigen regio en niet zozeer de eigen kerkelijke populatie. Uiteraard staat de regionalisering van de gezondheidszorg niet los van de ontzuiling, maar zij is ervan te onderscheiden door de invloed van de overheid daarbij. Het gevolg van beide processen is in ieder geval dat het steeds moeilijker werd zich uitsluitend te richten op de eigen geloofsgroep.

Heeft het zin acht te slaan op het onderscheid tussen protestants-christelijk en algemeen-christelijk? In beide gevallen gaat het immers om christelijke ziekenhuizen. Zo beschouwd is er geen reden tussen beide een verschil in christelijke identiteit, zoals gemeten met het instrument uit paragraaf 3.3.5, te veronderstellen.

De analyses wijzen echter in een andere richting: protestants-christelijke ziekenhuizen worden in sterkere mate gekenmerkt door een christelijke identiteit dan algemeen-christelijke ziekenhuizen. Zo is de gemiddelde factor-score voor de eerste groep ziekenhuizen $+1.25$ en voor de laatste groep -1.25 (op een schaal met een gemiddelde van 0 en een variantie van 1). Het onderscheid in grondslag is dus niet zonder betekenis. De verwoording van de grondslag in de statuten is niet louter een formele kwestie, maar weerspiegelt tot op zekere hoogte de christelijke identiteit van de organisatie.

Anderzijds is de samenhang tussen grondslag en identiteit ook weer niet al te sterk ($\tau\text{-}b = .22$). Tabel 3.11 maakt duidelijk waar dat door komt. Er is namelijk sprake van een curvilineaire samenhang; in tegenstelling tot wat men zou verwachten, heeft het grootste deel van de ziekenhuizen uit de categorie met de zwakste christelijke identiteit een protestants-christelijke grondslag. Het gaat hier om drie algemene ziekenhuizen, twee psychiatrische ziekenhuizen en één categoriaal ziekenhuis. Men zou kunnen stellen dat deze zes ziekenhuizen ten onrechte nog een protestants-christelijke grondslag hebben, gemeten aan de identiteit die wij er hebben aangetroffen. Het omgekeerde komt minder voor; in de categorie met de sterkste christelijke identiteit vindt men slechts één ziekenhuis met een algemeen-christelijke grondslag.

Tabel 3.11: Christelijke identiteit naar grondslag (in percentages)

Grondslag*	Sterkte van de christelijke identiteit				Totaal
	veel meer dan gemiddeld	meer dan gemiddeld	minder dan gemiddeld	veel minder dan gemiddeld	
pr-chr	90,0	74,1	52,2	60,0	67,1
alg-chr	10,0	25,9	47,8	40,0	32,9
N (= 100%)	10	27	23	10	70

*) pr-chr = protestants-christelijk
 alg-chr = algemeen-christelijk

Over het algemeen gaat een ruimere formulering van de grondslag dus gepaard met een verzwakking van de christelijke identiteit. We hebben het dan niet over de beleving van individuen - daar gaat het hier immers niet over -, maar over min of meer objectieve kenmerken van de ziekenhuisorganisatie, zoals werving, selectie, vorming, arbeidsverwachtingen en dergelijke. De gevolgen van een fusie tussen twee in confessioneel opzicht verschillende organisaties zijn daarmee vergelijkbaar met de gevolgen van een huwelijk tussen individuen uit verschillende kerkelijke gezindten. Zoals kerkelijk-gemengde huwelijken veel vaker tot kerkverlating leiden dan kerkelijk-homogene huwelijken (Schepens, 1991), zo brengt een fusie tussen confessioneel-gemengde organisaties eerder een aantasting van de christelijke identiteit met zich mee dan een versterking ervan.

3.4.2. Identiteit en ziekenhuissector

Bestaat er tussen de diverse ziekenhuissectoren een verschil in sterkte van de christelijke identiteit? Dat is de laatste vraag die in dit hoofdstuk nog behandeld moet worden. In paragraaf 2.1.1 is als verwachting uitgesproken dat die identiteit het sterkst zal zijn in verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen en het minst in algemene ziekenhuizen. De reden daarvoor is dat functionele differentiatie, medische rationaliteit en professionalisering, kenmerken die - zoals we gezien hebben - samenhangen met de secularisatie, in de laatste sector veel verder zijn doorgedrongen dan in de eerste twee. Voor de psychiatrische ziekenhuizen zou in dit opzicht een tussenpositie verwacht kunnen worden.

Die verwachting komt slechts gedeeltelijk uit. Verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen worden inderdaad in sterkere mate gekenmerkt door een christelijke identiteit dan algemene ziekenhuizen. De gemiddelde factorscore voor de eerste twee ligt boven het gemiddelde en is respectievelijk +.577 en

+ .373; voor algemene ziekenhuizen is zij -.257. In deze laatste sector is de godsdienst voor het beleid en voor de organisatie als zodanig minder relevant. Een zekere samenhang tussen functionele rationaliteit en secularisatie kan daarmee niet ontkend worden.

Psychiatrische ziekenhuizen nemen echter geen tussenpositie in, maar worden het *minst* gekenmerkt door een christelijke identiteit (-.592). Blijkbaar zijn er meer factoren die een rol spelen. Voorzover de identiteit niet alleen van invloed is op de samenstelling van het personeel, maar omgekeerd ook door het personeel bepaald wordt, zou een verklaring gevonden kunnen worden in de afwijkende samenstelling van het verplegend en verzorgend personeel in psychiatrische ziekenhuizen. Reeds eerder (Schepens, 1984: 52-54) constateerden wij namelijk, dat in psychiatrische ziekenhuizen het percentage katholieken veel hoger lag dan in de andere ziekenhuissectoren en bijgevolg¹⁵ ook het percentage ex-kerkleden. En omdat katholieken en ex-kerkleden, zoals in het volgende hoofdstuk nog uiteengezet zal worden, veel minder bij kerk en godsdienst betrokken zijn dan met name de gereformeerden en hervormden, zou te verklaren zijn dat psychiatrische ziekenhuizen in hun beleid en in het geheel van de organisatie minder gekenmerkt worden door een christelijke identiteit.

Een mogelijke andere verklaring kan gevonden worden in de problematische relatie die er historisch van meet af aan heeft bestaan tussen psychiatrie en godsdienst. Wat de psychiatrische ziekenhuizen van de CVZ betreft, komt dat dan niet zozeer tot uiting in de grondslag, als wel in de identiteit. Immers, de grondslag van de psychiatrische ziekenhuizen week niet af van het gemiddelde CVZ-ziekenhuis (zie tabel 3.3).

Waar de grondslag behouden blijft, maar de christelijke identiteit vervaagt, spreekt men wel van 'interne secularisatie'. In psychiatrische ziekenhuizen is dat in zekere mate dus het geval. Bij zwakzinnigeninrichtingen is enigszins sprake van het tegendeel; daar kwam de algemeen-christelijke grondslag relatief het meest voor (zie tabel 3.3), terwijl ze tevens gekenmerkt worden door een relatief sterke christelijke identiteit.

Met het voorafgaande is de christelijke identiteit van de organisaties enigszins gelokaliseerd. De betekenis ervan is in paragraaf 3.3 uitvoerig beschreven. Of die identiteit verderreikende gevolgen heeft, met name voor het werk van het verplegend en verzorgend personeel, komt in het nu volgende hoofdstuk aan de orde.

15 Zie paragraaf 4.2 voor een verdere toelichting.

4. De betekenis van de godsdienst in verpleging en verzorging

In het vorige hoofdstuk is een uitvoerige beschrijving gegeven van de christelijke identiteit van de ziekenhuizen die zijn aangesloten bij de CVZ. Dat gebeurde aan de hand van een groot aantal indicatoren, waarvan de meeste onderling zozeer bleken samen te hangen dat er één schaal van geconstrueerd kon worden. Men kan er uiteraard over twisten, hoe de huidige stand van zaken gewaardeerd moet worden. De één zal concluderen 'dat het niet tegenvalt', de ander kan op grond van dezelfde gegevens concluderen 'dat de christelijke identiteit niet veel meer voorstelt'. Beide conclusies zijn mogelijk omdat er geen absoluut ijkpunt voorhanden is en de schaal die geconstrueerd is, slechts een *relatief* meetinstrument is. Met behulp daarvan kan alleen worden aangegeven of de christelijke identiteit van het ene ziekenhuis of van een groep ziekenhuizen sterker of zwakker is dan van andere.

Men kan echter op grond van het vorige hoofdstuk niet concluderen dat de godsdienst in de onderzochte ziekenhuizen een irrelevante factor is. Daar zou men de realiteit geweld mee aandoen. De onderzoeksresultaten wijzen er eerder op dat de christelijke godsdienst in ziekenhuizen op verschillende terreinen een zekere relevantie bezit, althans voorzover het om ziekenhuizen gaat die zijn aangesloten bij de protestants-christelijke koepelorganisatie. Deze ziekenhuizen zijn niet alleen in naam (dat wil zeggen volgens de statuten) christelijk; hun beleid en een aantal praktijken maken dat ze metterdaad gekenmerkt worden door een christelijke identiteit. En dat is een andere conclusie dan de privatiseringsthese zou doen vermoeden. Uiteraard geldt dat voor het ene ziekenhuis meer dan voor het andere. Er is sprake van een grote diversiteit; sommige ziekenhuizen hechten meer waarde aan een christelijke identiteit dan andere ziekenhuizen.

In dit hoofdstuk staat het verplegend en verzorgend personeel centraal en met name de houdingen, opvattingen en gedragingen voor wat betreft (de betekenis van) de factor godsdienst in het werk. Hoe belangrijk vinden verplegenden en verzorgenden de godsdienst voor het werk in het ziekenhuis en komt dat ook tot uiting in hun gedrag? Bestaan er bovendien in dit opzicht parallellen tussen de doeleinden van de ziekenhuizen en de plaats die de verpleegkundigen aan de godsdienst toekennen? Speelt met andere woorden de godsdienst een grotere rol in het werk van het verplegend en verzorgend personeel naarmate het ziekenhuis meer waarde hecht aan een christelijke identiteit? Deze vragen zullen in paragraaf 4.1 aan de orde komen.

Het gaat ons echter niet alleen om een beschrijving, maar ook om een verklaring van de relevantie die men de godsdienst toekent. Die verklaring zoeken we enerzijds in de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van de verpleegkundige zelf, anderzijds in de context waarbinnen de verpleegkundige

werkt, namelijk het ziekenhuis. Dat de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van invloed zal zijn, ligt voor de hand. Toch stelt de privatiseringsthese dat de individuele godsdienstigheid een beperkte reikwijdte heeft en niet per se van invloed is op andere sectoren van het leven. In paragraaf 4.2 zullen we daarom de kerkelijk-godsdienstige betrokkenheid van het verplegend en verzorgend personeel onderzoeken en nagaan in hoeverre die samenhangt met bepaalde opvattingen en gedragingen.

Daarnaast stellen we de vraag, hoe groot de invloed van de organisatorische context, het ziekenhuis, is en op welke wijze die invloed verloopt. Op die vraag zal in paragraaf 4.3 een antwoord gegeven worden. Eén van de mechanismen die ziekenhuizen hanteren om aan hun christelijke identiteit gestalte te geven, is - zo bleek uit het vorige hoofdstuk - de wervings- en selectieprocedure. Die is er onder andere op gericht om personeel aan te trekken met een bepaalde kerkelijk-godsdienstige achtergrond of minstens met een zodanige achtergrond dat daarvan geen storende werking uitgaat op het realiseren van voor het ziekenhuis belangrijke doeleinden. Op grond van deze praktijk mag verwacht worden dat de christelijke identiteit van de organisatie *indirect* invloed heeft op de houdingen en gedragingen van het personeel, namelijk via de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van het personeel. We zullen echter ook nagaan of er sprake is van een *directe* beïnvloeding. Dat is het geval, als het verpleegkundig personeel ongeacht de eigen kerkelijk-godsdienstige achtergrond in zijn houdingen en gedragingen beïnvloed wordt door de christelijke identiteit van de organisatie. Het model dat hierbij hoort, is te vinden in paragraaf 2.1.2 (model 2.1).

4.1. De godsdienst in (opvattingen over) de verpleging en verzorging

Hoe belangrijk is in de ogen van het verplegend personeel de godsdienst in het alledaagse werk in het ziekenhuis? En wat blijkt daaromtrent als we een aantal concrete handelingen of gedragingen en de onderlinge communicatie nader onderzoeken? Is het volgens verplegenden en verzorgenden wenselijk dat er daartoe christelijke ziekenhuizen bestaan (dat zulks met andere woorden in de statuten is vastgelegd)? De antwoorden op deze vragen zullen duidelijk maken welke de plaats en betekenis is van de godsdienst in het ziekenhuis. Bovendien zullen we nagaan of en in welke mate de gevonden antwoorden samenhangen met de christelijke identiteit van het ziekenhuis.

Om de eerste vraag te kunnen beantwoorden, is aan de respondenten een groot aantal items voorgelegd, waarvan moest worden aangegeven, hoe belangrijk men die voor het ziekenhuis vond. Daarbij werd een vierpuntschaal gehanteerd (1=erg belangrijk, 2=belangrijk, 3=niet zo belangrijk, 4=onbelangrijk). Die items hadden betrekking op menselijke verhoudingen, zowel ten aanzien van patiënten c.q. bewoners als onder het personeel, op communicatie, leiding geven en deskundigheid, op regelgeving en efficiency en op de betekenis van de godsdienst. Vervolgens is factoranalyse toegepast

om na te gaan in hoeverre bepaalde items onderling samenhangen en verwijzen naar een gemeenschappelijke thematiek. Op deze wijze fungeert factoranalyse als een reductietechniek (Brand-Kolen, 1972: 190 e.v.). Een combinatie van statistische criteria (eigenwaarde ≥ 1.00 en de 'scree-test' van Cattell) en inhoudelijke criteria, namelijk de interpreteerbaarheid van factoren (Brand-Kolen, 1972: 217-222), leidde ertoe dat er drie factoren werden getrokken, die achtereenvolgens wijzen op het belang van de godsdienst, van inspraak en humaniteit en van regulering en efficiency (zie tabel 4.1).

Van de oorspronkelijke 26 items zijn er vijf uit de uiteindelijke analyse verwijderd, ofwel omdat ze multi-dimensioneel bleken te zijn (zogenaamde 'dubbelladers'), ofwel omdat ze niet of hooguit met één andere variabele correleerden en zodoende geen factor konden vormen. Het betreft de volgende variabelen:

- 'dat leerlingen een training krijgen in communicatievaardigheden';
- 'dat men oog heeft voor patiënten met geloofsproblemen';
- 'dat men een grote rol toekent aan de predikant';
- 'dat het personeel geselecteerd wordt op kennis en vakbekwaamheid';
- 'dat patiënten erop gewezen worden dat er een predikant is met wie ze kunnen praten'.

De factoren

De resterende 21 items groeperen zich rond de drie genoemde factoren. De eerste factor bestaat uit de volgende items:

- *aandacht voor bijbel*: 'dat men aandacht besteedt aan de bijbel';
- *godsdienstige vorming*: 'de godsdienstige vorming van leerlingen';
- *nadenken over geloof*: 'dat het verplegend en verzorgend personeel met elkaar nadenkt over de betekenis van geloof en godsdienst';
- *voor geloof uitkomen*: 'dat men voor zijn geloof uitkomt';
- *in geloof steunen*: 'dat patiënten in hun geloof gesteund worden'.

De genoemde items hebben alle betrekking op de godsdienst en betreffen zowel patiënten als het personeel. Inhoudelijk wordt deze factor het sterkst bepaald door 'aandacht voor de bijbel' (dit item heeft de hoogste factorlading: .78). De centraliteit van de bijbel is ook in paragraaf 3.3.3 reeds naar voren gekomen en wijst op de protestants-christelijke kleur van de CVZ-ziekenhuizen.

Overigens vindt men die bijbel niet het belangrijkste voor ziekenhuizen. Immers, wanneer we naar de gemiddelde scores kijken, neemt de bijbel onder de vijf items van deze factor de derde plaats in. Er wordt hoger gescoord op de items *in geloof steunen* en *voor geloof uitkomen*. Over het algemeen kan geconstateerd worden dat als de patiënt expliciet (of impliciet) in het vizier komt, men de godsdienst belangrijker vindt dan wanneer het om het personeel gaat. In het laatste geval (*godsdienstige vorming* en *nadenken over geloof*) ligt de gemiddelde score op 2.39, dat wil zeggen ergens tussen 'belangrijk' en 'niet zo belangrijk'.

Tabel 4.1: Principale componentenanalyse met varimax-rotatie van 21 uitspraken over wat voor een ziekenhuis belangrijk is (alleen ladingen $\geq .30$ zijn vermeld)

Uitspraken	factor 1	factor 2	factor 3	\bar{X}	s_x
<i>aandacht voor bijbel</i>	.78	-	-	2.25	0.76
<i>godsdienstige vorming</i>	.76	-	-	2.39	0.78
<i>nadenken over geloof</i>	.73	-	-	2.39	0.72
<i>voor geloof uitkomen</i>	.71	-	-	1.97	0.75
<i>in geloof steunen</i>	.68	-	-	1.72	0.58
<i>kritiek personeel</i>	-	.63	-	1.41	0.50
<i>inspraak patiënt</i>	-	.63	-	1.40	0.52
<i>tijd voor patiënt</i>	-	.61	-	1.15	0.35
<i>van mens tot mens</i>	-	.58	-	1.19	0.39
<i>het zijne zeggen</i>	-	.57	-	1.18	0.39
<i>met elkaar opschieten</i>	-	.52	-	1.30	0.47
<i>patiënt thuis voelt</i>	-	.43	-	1.22	0.46
<i>patiënt geïnformeerd</i>	-	.40	-	1.46	0.59
<i>houden aan regels</i>	-	-	.63	1.86	0.62
<i>efficiënt werken</i>	-	-	.59	1.63	0.55
<i>orde en regelmaat</i>	-	-	.59	1.72	0.59
<i>leiding geven</i>	-	-	.59	1.80	0.60
<i>rust en stilte</i>	-	-	.59	2.65	0.76
<i>zorgvuldig apparatuur</i>	-	-	.54	1.58	0.58
<i>hiërarchisch</i>	-	-	.46	2.79	0.86
<i>nieuwste apparatuur</i>	-	-	.43	2.69	0.79
Eigenwaarde	4,38	2,27	1,76		
Verklaarde variantie (N=671)	20,9%	10,8%	8,4%		
	(totaal: 40,1%)				

De tweede factor wordt gevormd door de volgende items:

- *kritiek personeel*: 'dat men aandacht besteedt aan eventuele kritiek van het verplegend en verzorgend personeel';
- *inspraak patiënt*: 'inspraak en mondigheid van de patiënt';
- *tijd voor patiënt*: 'dat men tijd en aandacht heeft voor de patiënt';
- *van mens tot mens*: 'dat het verplegend en verzorgend personeel met patiënten van mens tot mens omgaat';
- *het zijne zeggen*: 'dat bij afdelingsbesprekingen iedereen het zijne kan zeggen';
- *met elkaar opschieten*: 'dat het verplegend en verzorgend personeel goed met elkaar kan opschieten';

- *patiënt thuis voelt*: 'dat de patiënt zich thuis voelt';
- *patiënt geïnformeerd*: 'dat de patiënt geïnformeerd wordt over zijn ziekte en behandeling'.

Inhoudelijk duidt deze factor op het belang van democratische verhoudingen (aandacht voor kritiek, inspraak en mondigheid) en goede onderlinge betrekkingen, zowel waar het om de relatie met patiënten en bewoners gaat, als om de onderlinge relaties tussen personeelsleden. Aan deze thema's wordt het grootste belang gehecht. De gemiddelde scores liggen hier alle onder de 1.5, terwijl ze bij de items van de twee andere factoren alle boven de 1.5 liggen. Bovendien zijn de standaarddeviaties vrij gering, hetgeen erop duidt dat er in dit opzicht weinig verschil van mening bestaat.

De derde factor, tenslotte, bestaat uit de volgende items:

- *houden aan regels*: 'dat men zich houdt aan de regels';
- *efficiënt werken*: 'dat men efficiënt werkt';
- *orde en regelmaat*: 'orde en regelmaat';
- *leiding geven*: 'dat leiding gegeven en aanvaard wordt';
- *rust en stilte*: 'rust en stilte op de afdelingen';
- *zorgvuldig apparatuur*: 'dat men zorgvuldig met apparatuur omgaat';
- *hiërarchisch*: 'dat men let op de hiërarchische verhoudingen binnen de afdelingen';
- *nieuwste apparatuur*: 'dat men over de nieuwste apparatuur beschikt'.

Deze factor onderstreept het belang van regels. Regels bevorderen orde en voorkomen chaos en leiden zodoende tot efficiency in het werk en tot rust en stilte op de afdelingen in het ziekenhuis. Dat laatste mag belangrijk geacht worden voor het genezingsproces en voor het leefklimaat. Hiërarchische verhoudingen, leiding geven en aanvaarden passen in dit geheel, daar zij bijdragen aan de gewenste regulering en orde.

Vervolgens zijn de items van de betreffende factoren geanalyseerd op schaalbaarheid. Dat leidde ertoe dat één item op grond van de betrouwbaarheidstest alsnog werd geëlimineerd, namelijk *patiënt geïnformeerd*, zodat uiteindelijk de volgende drie schalen geconstrueerd konden worden: RELEVANTIE GODSDIENST (dat wil zeggen 'de relevantie van de godsdienst in het werk'; 5 items; Cronbach's $\alpha = .81$; $\bar{X} = 2.1$; $s_x = 0.55$), INTERMENSELIJKE VERHOUDINGEN ('de relevantie van democratische en humane verhoudingen'; 7 items; Cronbach's $\alpha = .69$; $\bar{X} = 1.3$; $s_x = 0.26$) en REGULERING ('de relevantie van regulering en efficiency'; 8 items; Cronbach's $\alpha = .69$; $\bar{X} = 2.1$; $s_x = 0.38$). De schaalwaarde is telkens het gemiddelde van de waarden op de samenstellende items¹.

1 Een probleem dat zich hier zou kunnen voordoen, is cumulatieve uitval wegens non-respons op één of meer items. Om dat te beperken werd een zekere mate van non-respons acceptabel geacht, namelijk op respectievelijk één, één en maximaal twee items van de respectievelijk vijf, zeven en acht

Ook uit de schaalgemiddelden blijkt dat democratische en humane verhoudingen een hoge prioriteit genieten ($\bar{X}=1.3$); en daar bestaat grote overeenstemming over. In vergelijking daarmee wordt minder belang gehecht aan regulering en efficiency, alsook aan de godsdienst. Deze laatste twee komen in gemiddelde waardering overeen ($\bar{X}=2.1$), maar verschillen in de mate van overeenstemming daarover. Als het gaat om de relevantie van de godsdienst, dan bestaat daar veel meer verschil van mening over ($s_x=0.55$) dan inzake het belang van regulering en efficiency ($s_x=0.38$).

Identiteit en opvattingen over de godsdienst

Wat ons vervolgens interesseert, is of de identiteit van het ziekenhuis zich weerspiegelt in de opvattingen van het personeel. Hebben met andere woorden ziekenhuizen met een sterke christelijke identiteit verpleegkundigen in dienst die meer betekenis hechten aan de factor godsdienst dan ziekenhuizen waar die identiteit minder sterk is ontwikkeld? Tabel 4.2a geeft aan dat daar inderdaad sprake van is. Er is een vrij sterke samenhang tussen de identiteit van het ziekenhuis en de relevantie die men de godsdienst in het werk toekent ($r=.38$). Het beleid van de organisatie resulteert dus in zeker opzicht in een personeelsbestand dat in zijn opvattingen over godsdienst bij dat beleid past. Omdat dat beoogd werd, zal dat wellicht niet verrassen. Aan de andere kant bestaat toch ook de mening, dat het moeilijk is 'het godsdienstig gehalte' van mensen te peilen, dat je sollicitanten daar niet echt op kunt screenen en dat je hun godsdienstigheid helemaal al niet kunt sturen. Wat daar ook waar van mag zijn, onze gegevens laten zien dat als een organisatie bij herhaling en systematisch aangeeft en voorleeft dat men een bepaalde godsdienst belangrijk vindt voor het werken in die organisatie, dat men dan personeel weet te krijgen en te houden dat bij die cultuur aansluit.

Daarnaast blijkt uit tabel 4.2a, dat er een significante samenhang bestaat tussen de identiteit van het ziekenhuis en de opvattingen van verplegenden en verzorgenden omtrent democratische en humane verhoudingen ($r=.21$) en omtrent regulering en efficiency ($r=.10$). Deze zaken worden over het algemeen belangrijker geacht naarmate het ziekenhuis zijn christelijke identiteit sterker profileert. Zeker waar het om democratische verhoudingen gaat (kritiek van het personeel serieus nemen, inspraak en mondigheid van de patiënt positief waarderen), is dat wellicht verrassend.

Identiteit en religieuze communicatie

Er bestaan dus verschillen tussen de ziekenhuizen voor wat betreft de opvattingen van het personeel, verschillen die te herleiden zijn tot de identiteit van de ziekenhuizen. Welk beeld komt nu naar voren als we het concrete gedrag van verplegenden en verzorgenden in ogenschouw nemen? In tabel 4.2b staan de uitkomsten van een aantal vragen over (religieuze) communicatie met pati-

enten, met andere personeelsleden op de afdeling en met de predikant van het ziekenhuis, alsook over informatieverstrekking en informatiekennis.

Tabel 4.2a-d: Opvattingen en gedragingen van verplegenden en verzorgenden met betrekking tot ziekenhuizen en patiënten (\bar{X} of %) en samenhang met identiteit van het ziekenhuis (Pearson's correlatiecoëfficiënt)

Variabelen	\bar{X} of %	r (met identiteit)
<i>a. relevante zaken in ziekenhuizen</i>		
- RELEVANTIE GODSDIENST (schaal 1-4; 1 = erg belangrijk, 4 = onbelangrijk)	$\bar{X}=2.1$.38**
- INTERMENSELIJKE VERHOUDINGEN (schaal 1-4)	$\bar{X}=1.3$.21**
- REGULERING (schaal 1-4)	$\bar{X}=2.1$.10*
<i>b. informatie en communicatie</i>		
- kent kerkelijke gezindte patiënten (altijd; meestal)	61 %	ns
- intensief persoonlijk contact met patiënten (ja, regelmatig)	77 %	ns
- attendeert patiënten op kerkdienst	78 %	ns
- praat met predikant over werk (regelmatig; soms)	43 %	ns
- praat met patiënten over kerkdienst	51 %	.19**
- praat met patiënten over bijbel(verhalen)	55 %	.17**
- RELIGIEUZE COMMUNICATIE MET PATIËNTEN: (1 = over kerkdienst en bijbel; 2 = over één van beide; 3 = geen)	1 = 38 % 1/2 = 68 %	.21**
- communicatie binnen afdeling over kerkelijke en godsdienstige onderwerpen (1 = regelmatig; 2 = soms; 3 = zelden of nooit)	1 = 27 % 1/2 = 60 %	.18**
- weet hoe collega's over godsdienst en levensbeschouwing denken	79 %	.15**
<i>c. gedrag en oriëntatie ten aanzien van patiënten</i>		
- begeleidt patiënten naar kerkdienst (voorzover patiënten daar naartoe mogen gaan)	55 %	.29**
- verzorgt bijbellezing op afdeling (voorzover dat op de afdeling gebruikelijk is)	75 %	.14*
- vindt bijbellezing voor patiënten zinvol	61 %	.26**
<i>d. bestaan van christelijke ziekenhuizen</i>		
- voorkeur voor christelijke ziekenhuizen (1 = uit persoonlijke betrokkenheid, 2 = indirecte betrokkenheid, 3 = niet erg als ze zouden verdwijnen)	1 = 26 % 1/2 = 82 %	.23**

**) $p < .01$

*) $p < .05$

Waar het uitdrukkelijk om religieuze communicatie gaat, blijkt dat deze in sterkere mate voorkomt in die ziekenhuizen die zich als een christelijk ziekenhuis profileren. Verpleegkundigen praten daar op de afdeling vaker met

elkaar over kerkelijke en godsdienstige onderwerpen ($r=.18$) en ook met patiënten wordt er vaker over een kerkdienst nagepraat ($r=.19$) en over de bijbel of bijbelverhalen gesproken ($r=.17$). Beide laatstgenoemde vormen van religieuze communicatie hangen zozeer samen ($r=.41$) dat er één meetinstrument van gemaakt is: RELIGIEUZE COMMUNICATIE MET PATIËNTEN. Ruim een derde van de verpleegkundigen praat over beide zaken wel eens met patiënten, 30% over één van beide en een derde praat nooit over bijbel of kerkdiensten. De mate waarin deze religieuze communicatie met patiënten plaatsvindt, is afhankelijk van de identiteit van het ziekenhuis ($r=.21$).

Er is een zekere mate van samenhang tussen religieuze communicatie met patiënten aan de ene kant en met andere personeelsleden van de afdeling aan de andere kant ($r=.30$). Ze versterken elkaar als het ware. Als men op de afdeling gemakkelijk over geloof en kerk praat, doet men dat ook eerder naar patiënten toe en omgekeerd. Religieuze communicatie is bovendien bevorderlijk voor de mate waarin men elkaar op godsdienstig en kerkelijk gebied kent. Zo weten verpleegkundigen vaker tot welk kerkgenootschap of gezindte de patiënten van de afdeling behoren als de religieuze communicatie met patiënten intensiever is ($r=.16$) en weten ze vaker hoe hun collega's over godsdienst en levensbeschouwing denken als er op de afdeling meer over geloof en kerk wordt gesproken ($r=.19$). Bijgevolg is het niet verrassend dat de mate waarin men op de hoogte is van het denken van collega's in religiosis, positief samenhangt met de identiteit van het ziekenhuis ($r=.15$).

Men zou dat ook verwachten omtrent de bekendheid met het kerkgenootschap van patiënten. Zestig procent van de verpleegkundigen is daar altijd of meestal van op de hoogte, maar er is hier geen relatie met de identiteit van het ziekenhuis. Dat laatste geldt ook inzake persoonlijk contact met patiënten en het attenderen van patiënten op een kerkdienst; op beide scoren de respondenten van ons onderzoek hoog, maar dat verschilt niet naar de identiteit van het ziekenhuis. Tenslotte varieert ook de mate van communicatie met de predikant over het werk niet met de identiteit van het ziekenhuis.

Deze resultaten uit tabel 4.2b brengen ons ertoe te concluderen dat de ziekenhuizen naar gelang hun identiteit niet verschillen waar het gaat om informatieverstrekking (attenderen op een kerkdienst), informatiekennis (over de kerkelijke gezindte van de patiënt) of meer algemenere communicatie, dat wil zeggen niet-religieuze communicatie (zoals persoonlijk contact met patiënten en communicatie met de predikant²); alleen de kennis over wat collega's denken omtrent godsdienst en levensbeschouwing varieert met de identiteit van het ziekenhuis. Daarentegen varieert de religieuze communicatie wel degelijk met de identiteit. Er vindt meer religieuze communicatie plaats,

2 Uit de vraagstelling ('praat regelmatig, soms of nooit met een predikant over wat u in uw werk bezighoudt?') kan niet direct afgeleid worden dat het om religieuze communicatie gaat. Dat de gesprekspartner hier de predikant is, is daar op zich te weinig indicierend voor.

zowel met patiënten als met collega's op de afdeling, naarmate een ziekenhuis zich sterker profileert als een christelijk ziekenhuis.

Identiteit en kerkelijk-godsdienstige rituelen

In paragraaf 3.3.1 is reeds gebleken, dat als ziekenhuizen in sollicitatiegesprekken aangeven dat ze van het verplegend en verzorgend personeel meer verwachten dan louter respect voor de identiteit van het ziekenhuis, ze dat veelal vertalen in concrete gedragingen rond kerkelijk-godsdienstige rituelen: voor patiënten uit de bijbel lezen, patiënten naar de kerkdienst begeleiden, met patiënten bidden en dergelijke. Over de eerste twee zijn in de mondelinge interviews vragen gesteld; zie tabel 4.2c. Zo begeleidt 55% van het verplegend en verzorgend personeel zelf wel eens patiënten naar een kerkdienst, voorzover er althans kerkdiensten zijn en voorzover bedlegerige patiënten of patiënten die begeleiding nodig hebben, in de gelegenheid worden gesteld aan die kerkdiensten deel te nemen; alleen in het laatste geval was het reëel de vraag over begeleiding naar kerkdiensten te stellen (N=561). Ook de vraag of men voor patiënten wel eens uit de bijbel leest of (en daarbij kan gedacht worden aan geestelijk gehandicapten) bijbelverhalen vertelt, werd alleen in bepaalde gevallen gesteld, namelijk voorzover dat op de betreffende afdeling waar men werkt, gebruikelijk is. In dat geval (N=292) wordt door 75% zelf wel eens uit de bijbel voorgelezen. Beide praktijken, namelijk begeleiding naar kerkdiensten ($r=.29$) en bijbellezing ($r=.14$), worden vaker gerealiseerd in ziekenhuizen met een sterke christelijke identiteit³.

In aansluiting op de vraag naar het bijbellezen voor patiënten is aan alle respondenten, ook degenen bij wie dat op de afdeling geen gebruik is, gevraagd of men dat zinvol vindt of niet. Zestig procent gaf te kennen het zinvol te vinden om voor patiënten uit de bijbel voor te lezen, een veel groter percentage dan wat werkzaam is op een afdeling waar bijbellezen gebruikelijk is (42%). En er bestaat in dit opzicht een significante samenhang met de identiteit van het ziekenhuis. Hoe sterker de christelijke identiteit, hoe vaker personeelsleden te kennen geven dat ze het zinvol vinden om voor patiënten uit de bijbel te lezen ($r=.26$). Christelijke ziekenhuizen hebben dus niet alleen vaker concrete verwachtingen van sollicitanten omtrent kerkelijk-godsdienstige rituelen, uit tabel 4.2c blijkt dat het personeel aldaar zich in oriëntatie en gedrag significant onderscheidt van het personeel dat werkzaam is in ziekenhuizen die zich minder profileren als een christelijk ziekenhuis.

Identiteit en opvattingen over het bestaan van christelijke ziekenhuizen

Tabel 4.2d geeft tenslotte weer in hoeverre verplegenden en verzorgenden waarde hechten aan het bestaan van christelijke ziekenhuizen. Het gaat hier

³ Dat de samenhang met bijbellezen slechts significant is op 5%-niveau, komt doordat een groot deel van de variantie in identiteit verdwijnt, als men de vraag beperkt tot afdelingen waar bijbellezen gebruikelijk is. Dat zijn namelijk in hoofdzaak afdelingen in ziekenhuizen met een sterke christelijke identiteit.

om een samengestelde variabele, geconstrueerd op basis van drie vragen. De eerste vraag was de volgende: 'Vindt u dat er in het algemeen in Nederland christelijke ziekenhuizen (respectievelijk - als de respondent daar werkte - psychiatrische ziekenhuizen, zwakzinnigeninrichtingen of verpleeghuizen) moeten blijven bestaan, of vindt u het niet erg als ze verdwijnen?' Een kleine minderheid van 18% vindt het niet erg als dergelijke ziekenhuizen zouden verdwijnen, de overgrote meerderheid 82% vindt dat er redenen zijn voor het bestaan van christelijke ziekenhuizen.

Dat betekent nog niet dat men daar voor zichzelf waarde aan hecht. Dat wordt duidelijk uit de antwoorden op twee andere vragen, namelijk waar men het liefste werkt en waar men bij een eventuele sollicitatie een functie zou ambiëren (beide met de volgende antwoordcategorieën: in een christelijk ziekenhuis, een neutraal ziekenhuis, maakt niet zoveel uit). Van alle respondenten werkt 26% het liefst in een christelijk ziekenhuis en zou daar eventueel ook weer naar solliciteren. Deze groep vindt zonder uitzondering dat er in Nederland christelijke ziekenhuizen moeten blijven bestaan. Het gaat hier, zou men kunnen zeggen, om een groep die uit persoonlijke betrokkenheid voorkeur heeft voor christelijke ziekenhuizen. De resterende groep (56%) vindt weliswaar dat er christelijke ziekenhuizen moeten blijven bestaan, maar geeft er niet per se de voorkeur aan daar te werken of eventueel naar te solliciteren. Het is met andere woorden niet uit een persoonlijke betrokkenheid dat men vindt dat er christelijke ziekenhuizen moeten blijven bestaan. Desondanks kunnen er andere legitieme redenen voor zijn, bijvoorbeeld omdat bepaalde groepen patiënten daar behoefte aan hebben en erom vragen of omdat er daardoor een pluriform aanbod binnen de gezondheidszorg gerealiseerd kan worden. De meerderheid van het verplegend en verzorgend personeel in CVZ-ziekenhuizen bevindt zich in deze middencategorie: men is er geen voorstander van dat de christelijke ziekenhuizen zouden verdwijnen, men ziet met andere woorden bestaansredenen voor christelijke ziekenhuizen, echter niet vanuit een persoonlijke betrokkenheid, maar vanwege een - zoals wij omschreven hebben - indirecte betrokkenheid.

Zoals uit tabel 4.2d blijkt, hangt deze variabele redelijk sterk samen met de identiteit van het ziekenhuis ($r=.23$). Ziekenhuizen die hun christelijke identiteit onderstrepen, hebben vaker personeelsleden die uit persoonlijke betrokkenheid voorstander zijn van het bestaan van christelijke ziekenhuizen; ziekenhuizen die hun christelijke identiteit minder onderstrepen, hebben vaker personeelsleden die het niet erg zouden vinden als de christelijke ziekenhuizen in Nederland zouden verdwijnen.

Conclusie

De algehele conclusie uit tabel 4.2 is dat opvattingen, oriëntaties en gedragingen van personeelsleden sterk verschillen naargelang de identiteit van het ziekenhuis. De christelijke identiteit is met andere woorden niet iets dat alleen op beleidsniveau geformuleerd wordt, zij manifesteert zich ook op het niveau van de individuele verpleegkundige en verzorgende. Hoe sterker de christelijke

identiteit van het ziekenhuis is, des te meer wordt het personeel er door het volgende gekenmerkt:

- men vindt dat godsdienst voor het ziekenhuis een relevante factor is;
- er vindt meer religieuze communicatie plaats;
- men vindt het zinvol om voor patiënten uit de bijbel te lezen en brengt dat ook vaker in praktijk (zoals men ook vaker patiënten begeleidt naar een kerkdienst);
- er is een grotere voorkeur voor het bestaan van christelijke ziekenhuizen en men zou het erg vinden als deze zouden verdwijnen.

Om een indruk te geven van de omvang van het verschil is tabel 4.3 toegevoegd. Daarin worden twee groepen verpleegkundigen systematisch vergeleken naar een viertal kernvariabelen, afkomstig uit tabel 4.2. De ene groep is dat kwintiel verpleegkundigen dat werkzaam is in ziekenhuizen met de sterkste christelijke identiteit, de andere groep is dat kwintiel dat werkt in ziekenhuizen met de zwakst ontwikkelde identiteit.

Tabel 4.3: Opvattingen, oriëntaties en gedragingen van twee kwintielen personeelsleden, werkzaam in ziekenhuizen met respectievelijk de sterkst en de zwakst ontwikkelde identiteit.

Opvattingen, oriëntaties en gedragingen	sterkste kwintiel	zwakste kwintiel
- RELEVANTIE GODSDIENST (% boven het gemiddelde)	73,4%	27,9%
- RELIGIEUZE COMMUNICATIE MET PATIËNTEN (over kerkdienst en bijbel)	50,6%	27,7%
- bijbellezen voor patiënten is zinvol	88,2%	51,8%
- voorkeur voor christelijk ziekenhuizen uit persoonlijke betrokkenheid (niet erg als ze zouden verdwijnen)	46,4%	14,7%
	(7,4%)	(21,5%)

Of verplegenden en verzorgenden godsdienst van betekenis achten voor het werk in het ziekenhuis, is mede afhankelijk van het beleid dat het ziekenhuis in dit opzicht voert. Is dat beleid zeer uitdrukkelijk gericht op een christelijke identiteit, dan zijn de reacties op de door ons gestelde vragen zodanig dat het wel heel moeilijk wordt om te spreken van privatisering van de godsdienst. De relatief hoge percentages wijzen erop dat een groot deel van het personeel betrekkelijk gemakkelijk een relatie legt tussen godsdienst en gezondheidszorg. Anders is dat wanneer ziekenhuizen weinig of geen nadruk leggen op hun christelijke identiteit. Dan is de reikwijdte van de godsdienst ook bij het personeel veel beperkter. Tabel 4.3 laat procentuele verschillen zien die

uiteenlopen van ruim 20% tot ongeveer 45%. De doeleinden van de organisatie sporen met andere woorden duidelijk met opvattingen en gedragingen van het personeel. Een nadere verklaring daarvan komt in de volgende paragraaf aan de orde.

4.2. De kerkelijke betrokkenheid van het personeel.

Hoe komt het dat opvattingen en gedragingen van personeelsleden, althans voor wat betreft de plaats en betekenis van de godsdienst in het werk, zo overeenstemmen met de identiteit van het ziekenhuis? De verklaring daarvan zoeken we vooral in de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van het personeel. Hoe sterker men betrokken is bij kerk en godsdienst, hoe groter de kans, zo verwachten we, dat men de godsdienst een plaats weet te geven in de gezondheidszorg. En omdat het hier gaat om ziekenhuizen met een christelijke identiteit, kunnen we het bovenstaande toespitsen op de christelijke godsdienst: hoe sterker daarbij betrokken, hoe groter de kans dat men die godsdienst in het werk weet te integreren. Weliswaar stelt de privatiseringsthese dat de individuele godsdienstigheid steeds meer beperkt blijft tot het privé-domein, daarnaast is er voldoende empirische grond voor de veronderstelling dat de mate van kerkbetrokkenheid positief samenhangt met de reikwijdte van de godsdienst (zie bijvoorbeeld: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1990: 340-341).

Het is in de sociologie gebruikelijk bij de kerkelijk-godsdienstige achtergrond onderscheid te maken tussen de gedragsdimensie en de geloofsdimensie. Mensen hebben al of niet bepaalde opvattingen over het bestaan van God, over een leven na de dood en dergelijke (verwoord in bijvoorbeeld geloofsbelijdenissen en catechismussen) en nemen al of niet deel aan bepaalde activiteiten of rituele praktijken van de kerk of godsdienstige groepering waartoe ze behoren. Weliswaar bestaan er meer dimensies (Glock, 1962), de twee genoemde worden echter, zowel in definities van godsdienst als bij operationalisering van godsdienstigheid, het meest toegepast. De concrete inhoud van het geloof en het specifieke gedrag kunnen uiteraard verschillen naar godsdienstige traditie. Omdat ons onderzoek betrekking heeft op de christelijke ziekenhuizen, zijn de operationalisering van de gedrags- en geloofsdimensie verwoord in termen die aansluiten bij die christelijke traditie.

4.2.1. Het godsdienstig gedrag

De gedragsdimensie kan onderscheiden worden in openbare vormen van gedrag en in meer privé-gerichte vormen, door Stark en Glock (1968: 15) respectievelijk rituele en devotionele praktijken genoemd. Tot de eerste wordt bijvoorbeeld de kerkgang gerekend, tot de tweede het privé-gebed en de individuele bijbellezing. In aansluiting daarop hebben wij de gedragsdimensie geïndiceerd: de kerkbetrokkenheid, bijbellezing en gebed. De twee laatste zijn beide door één enkele vraag geoperationaliseerd; voor de operationalisering

van de kerkbetrokkenheid is een deel van het meetinstrument van Felling, Peters en Schreuder (1986) gebruikt.

De diversiteit in kerkbetrokkenheid

Er is een grote variatie in kerkbetrokkenheid. Dat moge thans vanzelfsprekend zijn, het is niet altijd zo geweest, of minstens niet altijd onderkend. Bij de volkstellingen, die in Nederland tussen 1830 en 1971 zijn gehouden, is van meet af aan gevraagd naar het kerklidmaatschap ('tot een kerk of godsdienstige gezindte behoren'), maar pas in 1879 werd expliciet de mogelijkheid geboden om aan te geven dat men *niet* tot een kerkgenootschap behoorde. Daarvóór werd deze groep tezamen met degenen wier kerkelijke gezindte onbekend was, en degenen die niet tot de grotere kerkelijke groeperingen (protestanten, katholieken en joden) behoorden, tot de restcategorie gerekend, waaronder niet meer dan 0,1% van de Nederlandse bevolking viel (Bonger, 1924). Tot 1879 bestond er als het ware geen onkerkelijkheid; er bestonden een aantal nader onderscheiden kerkgenootschappen en een categorie 'overige'. Toen de onkerkelijkheid in 1879 voor het eerst zichtbaar werd, reikte zij niet verder dan 0,3%. Toch was daarmee het begin van variatie in kerkbetrokkenheid gegeven. In zijn proefschrift wijst Kruijt (1933: 10) erop dat het nodig is de kerkelijken te onderscheiden in kerksen (zij die regelmatig naar de kerk gaan) en onkerksen.

Peters (1977: 55 e.v.) brengt een verdere differentiatie aan, zowel onder kerksen, als onder onkerkelijken. Bij de kerksen gebeurt dat op grond van het feit of men naast de regelmatige kerkgang al of niet deelneemt aan andere godsdienstig-kerkelijke activiteiten ('zoals bijvoorbeeld gespreksgroepen, bijbelclubs, bezinningsdagen of anderszins'). Voor wat de onkerkelijken betreft, dient men te beseffen dat Peters zijn (promotie)onderzoek gehouden heeft onder personen die volgens de gegevens van de burgerlijke stand lid zijn van de Rooms-Katholieke Kerk; de onkerkelijken zijn bij hem daardoor per definitie ex-kerkleden. Die differentieert hij vervolgens op grond van eventuele deelname aan de rites-de-passage. De onkerkelijken blijken dan voor een deel kerkelijker te zijn dan men vaak veronderstelt (1977: 56). Het gaat dan bijvoorbeeld om personen die volgens eigen zeggen niet meer tot een kerk behoren, maar nog wel hun kinderen laten dopen of een kerkelijke begrafenis op prijs zouden stellen. Zij vormen eigenlijk een overgangsgroep tussen kerkelijkheid en onkerkelijkheid.

Een verder onderscheid binnen de onkerkelijken wordt pas mogelijk als er na verloop van tijd naast de kerkverlaters (die dus ooit tot een kerk behoord hebben) onkerkelijken komen die dat van-huis-uit zijn, die dus nooit tot een kerk behoord hebben. Dat onderscheid brengen Peters en Felling (1981: 35) aan bij hun nadere analyse van gegevens uit het onderzoek 'Opnieuw: God in Nederland' uit 1979. Dit idee wordt door Felling, Peters, en Schreuder (1986) uitgebreid door het onderscheid dat zij maken tussen onkerkelijken van de tweede generatie (personen wier ouders reeds onkerkelijk waren) en onkerkelijken van de eerste generatie (personen die zelf weliswaar altijd onkerkelijk

zijn geweest, maar hun ouders niet). Zodoende komen zij uiteindelijk tot een indeling van de kerkbetrokkenheid in een zestal typen waarvan er drie onkerkelijk zijn (de twee reeds genoemde en de ex-leden) en eveneens drie kerkelijk: randkerkelijken (i.e. personen die wel tot een kerk behoren, maar niet participeren), modaalkerkelijken (participerenden) en kernkerkelijken (personen die tevens aan andere kerkelijke activiteiten deelnemen of kerkelijke functies vervullen). De relevantie van een dergelijke nuancering is dat de onderscheiden typen zich in kerkelijk en maatschappelijk opzicht anders gedragen en er andere godsdienstige, morele, politieke en andere maatschappelijk relevante opvattingen op na houden (Peters, 1977; Peters en Felling, 1981; Felling, Peters en Schreuder, 1986).

De typologie van Felling, Peters en Schreuder is een zeer bruikbare, hoewel er redenen kunnen zijn, zeker als men onderzoek doet bij bepaalde deelpopulaties, om daarvan af te wijken. Zo zocht Van Hemert, die zijn onderzoek onder katholieken hield, naar een verdere nuancering van de grote groep onkerksen. Daarvoor gebruikte hij een tweetal kenmerken: het lezen van het parochieblad en het geven van vaste financiële bijdragen (Van Hemert, 1991: 68).

Het meetinstrument

Ook onze typologie van kerkbetrokkenheid sluit aan bij die van Felling, Peters en Schreuder, maar wijkt er in twee opzichten van af. Ten eerste hebben wij de groep onkerkelijken tot een tweetal typen beperkt, namelijk onkerkelijken-van-huis-uit en ex-leden, omdat wij binnen christelijke ziekenhuizen weinig onkerkelijken van de tweede generatie verwachtten. Ten tweede hebben wij geen Mekkenschaal geconstrueerd, maar zijn bij de typologieconstructie als volgt te werk gegaan. Het eerste selectie criterium was of men al of niet tot een kerk behoorde. Was dat niet het geval, dan is men vervolgens een onkerkelijke-van-huis-uit wanneer men vroeger geen lid is geweest van een christelijke kerk of geloofsgemeenschap. Is men daar vroeger wel lid van geweest, dan behoort men tot de ex-leden. Ook degenen die er onzeker over zijn of ze tot een kerk behoren, zijn door ons tot de ex-leden gerekend, tenzij men tot de regelmatige kerkgangers behoorde; in dat geval is men tot de randkerkelijken gerekend. Kerkelijken die één maal per maand of vaker naar de kerk gaan, maar niet anderszins kerkelijk actief zijn, behoren tot het modaalkerkelijke type. Kerkelijken die een speciale taak of functie binnen de kerk hebben of actief lid zijn van groepen en verenigingen in kerkelijk verband, worden tot de kernkerkelijken gerekend. De overige kerkelijken, die dus noch ter kerke gaan, noch anderszins actief zijn, zijn randkerkelijk.

Hoe de kerkbetrokkenheid nu is van onze onderzoeksgroep, is te zien in tabel 4.4. Ter vergelijking is daaraan die van de Nederlandse bevolking toegevoegd (Felling, Peters, Schreuder, 1986: 62, met samenvoeging van de onkerkelijken van de tweede en van de eerste generatie).

Tabel 4.4: Kerkbetrokkenheid van het verplegend en verzorgend personeel in CVZ-ziekenhuizen en van de Nederlandse bevolking (in %)

Kerkbetrokkenheid	CVZ-ziekenhuizen	Nederlandse bevolking
onkerkelijk van-huis-uit	12	23
onkerkelijk, ex-lid	29	19
randkerkelijk	9	20
modaalkerkelijk	32	26
kernkerkelijk	18	12
N(=100%)	697	1007

Onderzoeksbevindingen

De kerkbetrokkenheid van onze onderzoeksgroep wijkt op enkele punten sterk af van die van de Nederlandse bevolking. Er is overigens geen enkele aanleiding te veronderstellen dat die daarmee overeen zou komen. Onze onderzoeksgroep is immers werkzaam in ziekenhuizen die vanwege hun christelijke achtergrond of identiteit zowel vroeger alsook nu nog, zoals we gezien hebben, hun personeel rekruteren uit kerkelijke kringen, met name protestants-christelijke. Op grond daarvan mag verwacht worden dat de kerkbetrokkenheid van onze onderzoeksgroep groter is dan het landelijke gemiddelde en bovendien een oververtegenwoordiging van protestanten te zien zal geven. Daar staat tegenover dat jongeren sterk oververtegenwoordigd zijn in het ziekenhuispersoneel, op grond waarvan juist een geringere kerkbetrokkenheid verwacht zou kunnen worden. Wanneer we onze onderzoeksgroep daarom vergelijken met de Nederlandse bevolking, dan is dat om het eigene ervan sterker naar voren te laten komen.

Enigszins verrassend is het dan te constateren dat het percentage onkerkelijken in onze onderzoeksgroep even groot is als in de Nederlandse bevolking en dat het percentage kerkelijken bijgevolg niet groter is. Maar daarmee houdt elke gelijkenis op. Want binnen beide groepen, zowel de kerkelijken als onkerkelijken, zijn de verschillen evident. Voorzover het personeel in onze onderzoeksgroep kerkelijk is, is het veel sterker bij de kerk betrokken: minder randkerkelijken, maar meer modaal- en kernkerkelijken. Voorzover het onkerkelijk is, behoort het in hoofdzaak tot de categorie van de ex-leden, kerkverlaters.

Het is al vaker opgemerkt dat de Nederlandse bevolking in vergelijking met andere Europese landen zo weinig randkerkelijken telt, maar daarentegen juist veel meer onkerkelijken (Halman, 1991: 83). Staverman was een van de eersten die daarop wees en er een plausibele verklaring voor gaf. Waar een kerk volkskerk is, 'in sociologische zin verstaan als het samenvallen van kerk en volksgemeenschap' (Staverman, 1954: 48), ligt een overgang van randker-

kelijkheid naar onkerkelijkheid niet voor de hand. Een breuk met de kerk betekent dan zoiets als een breuk met de samenleving. In Nederland is daar geen sprake van. Bij ons zijn de kerken veel meer denominaties, vrijwilligheidsorganisaties met een expliciet keuzemoment. Daarom is het in ons land één van de twee: ofwel je behoort tot een kerk en 'doet er wat aan', ofwel je doet er niets aan en je beschouwt je bijgevolg als onkerkelijk. 'Tertium non datur', zeggen Felling e.a. (1981: 63).

Overigens is die radicaliteit meer eigen aan protestanten dan aan katholieken, in die zin dat protestanten minder randkerkelijken onder hun gelederen tellen dan katholieken: 32% versus 43% (Felling e.a., 1987a: 149). Dezelfde tendens vonden wij in ons onderzoek: onder katholieken is de randkerkelijkheid veel groter (31,7%) dan onder hervormden (19,0%) en vooral gereformeerden (7,4%). Dat biedt minstens voor een deel een verklaring voor het feit dat het percentage randkerkelijken in onze onderzoeksgroep, vergeleken met de landelijke cijfers, zo uitzonderlijk laag is. De katholieken zijn namelijk sterk ondervertegenwoordigd in onze populatie.

De geringe kerkbetrokkenheid onder katholieken blijkt niet alleen uit de omvang van de randkerkelijkheid, maar ook uit die van de kerkverlating. Van degenen die katholiek zijn opgevoed, is een veel groter deel onkerkelijk geworden (namelijk 57,1%) dan van hen die in een hervormd of gereformeerd milieu zijn opgegroeid. Daar liggen de kerkverlatingspercentages veel lager, namelijk respectievelijk 30,0% en 18,6%. Vergeleken met landelijke cijfers moet de kerkverlating onder de katholieken in ons onderzoek buitenproportioneel genoemd worden⁴. Dat het aantal onkerkelijken in ons onderzoek, en met name het aantal kerkverlaters (ex-leden), zo groot is, kan voor een groot deel derhalve worden toegeschreven aan voormalige katholieken.

Bidden en bijbellezen

Zoals aan het begin van deze paragraaf uiteengezet is, zijn over nog twee andere godsdienstige gedragingen vragen gesteld, namelijk het bidden en de individuele bijbellezing. Beide kunnen, in tegenstelling tot de in het voorafgaande behandelde kerkbetrokkenheid, gerekend worden tot de private levenssfeer. Beide zijn door één enkele vraag geoperationaliseerd. Inzake het bidden luidde de vraag aldus: 'Vindt u bidden en danken bij het eten voor uzelf een

4 Men kan zich afvragen waarom die kerkverlating onder katholieken hier zo groot is. Op grond van een eerder onderzoek (Schepens, 1991) is bekend dat de kerkverlating onder jongeren groter is dan onder ouderen en onder katholieken boven de grote rivieren groter dan onder de grote rivieren. Voor de katholieken in ons onderzoek komen deze twee factoren al het ware samen: de CVZ-ziekenhuizen zijn op enkele uitzonderingen na alle gevestigd boven de grote rivieren (zie paragraaf 3.1) en het verplegend en verzorgend personeel bestaat voor het overgrote deel uit jonge categorieën werknemers. Bij protestanten bestaat nauwelijks of geen variatie in kerkverlating naargelang de regio waar men woonachtig is.

zinvol gebruik, of vindt u dat niet zinvol?' Over bijbellezing werd de volgende vraag gesteld: 'Leest u vaak, soms of nooit in de bijbel?'

Bijna tweederde (namelijk 63%) van het verplegend en verzorgend personeel in CVZ-ziekenhuizen vindt bidden voor zichzelf een zinvol gebruik. Nagenoeg eenzelfde percentage leest de bijbel; 29% doet dat vaak, 35% soms. Bijbellezen en bidden hangen sterk samen ($r=.58$) en beide zijn sterk gecorreleerd met kerkbetrokkenheid, respectievelijk $r=.64$ en $r=.66$. Openbare en privé-gerichte vormen van kerkelijk gedrag lopen met andere woorden parallel. Het komt erop neer dat als men kerkelijk is, de kans erg groot is dat men ook bidden of bijbellezen praktiseert. En als bidden noch bijbellezen iets betekent, is de kans erg groot dat men tot de onkerkelijken behoort.

Er zijn echter twee categorieën te onderscheiden die van dit algemene patroon afwijken. In de eerste plaats zijn dat degenen die weliswaar kerkelijk zijn, maar voor wie bidden bij de maaltijd of bijbellezen geen betekenis hebben. Dat komt bij onze respondenten weinig voor: bij slechts 5,6% van de kerkelijken is dat het geval. Het andere 'afwijkende patroon' komt veel vaker voor, namelijk dat men onkerkelijk is, maar desalniettemin aan gebed of bijbellezen een plaats weet te geven. Bij bijna de helft van de onkerkelijken (namelijk 45,3%) is dat het geval. Er zijn met andere woorden nogal wat respondenten die met de kerk geen raad weten, maar minder moeite hebben met meer privé-gerichte vormen van godsdienstigheid. Als gevolg daarvan is weliswaar 41% van onze respondenten onkerkelijk (zie tabel 4.4.) maar bij 'slechts' 22% wordt dat gecombineerd met afwezigheid van gebed en bijbellezen.

Katholieken en protestanten

Inzake kerkbetrokkenheid bestaan er tussen katholieken, hervormden en gereformeerden, zo constateerden we hierboven, grote verschillen. Dat geldt ook voor godsdienstige praktijken als bijbellezen en gebed. De verschillen tussen katholieken en protestanten zijn het grootst voor wat betreft het bijbellezen, zelfs als we rekening houden met de geringere kerkbetrokkenheid van de katholieken in onze onderzoeksgroep (partiële correlatiecoëfficiënt $r=.41$)

Wellicht kan men ter verklaring aanvoeren dat katholieken van oudsher minder vertrouwd zijn met de bijbel. Voor het bidden gaat dat evenwel niet op, maar ook daaromtrent constateren we dat de katholieken achter blijven bij hun protestantse geloofsgenoten, ook onder constanthouding van de mate van kerkbetrokkenheid (partiële $r=.19$). Tussen hervormden en gereformeerden zijn de verschillen geringer. Ze zijn zelfs niet significant waar het gaat om bidden en danken bij het eten, ze zijn dat in beperkte mate betreffende bijbellezen (partiële $r=.12$); gereformeerden praktiseren dat vaker dan hervormden.

Wanneer we de onderzoeksresultaten voor gereformeerden, hervormden en katholieken, voorzover ze hierboven zijn weergegeven, systematisch met elkaar vergelijken, ontstaat het volgende patroon. Gereformeerden scoren inzake kerkbetrokkenheid, bijbellezen en bidden het hoogst en inzake kerkverlating het laagst; katholieken vertonen het tegenovergestelde patroon en de her-

vormden nemen een middenpositie in. Hoewel ons onderzoek onder een specifieke populatie is verricht, komen de verschillen in kerkelijk gedrag tussen de drie grote denominaties overeen met landelijk geconstateerde tendensen. Immers, zo constateert Schreuder (1989a: 78) dat katholieken 'de minst kerkgebonden christenen van Nederland' zijn en gereformeerden het sterkst bij hun kerk betrokken zijn.

Het godsdienstig gedrag en de betekenis van de godsdienst in het werk

Hoe belangrijk is nu die kerkelijk-godsdienstige achtergrond voor de plaats en betekenis van de godsdienst in het werk van verplegenden en verzorgenden? Voor een eerste en voorlopig antwoord op die vraag verwijzen we naar tabel 4.5. Daarin vindt men de samenhang tussen elk van de drie kerkelijk-godsdienstige gedragsvariabelen enerzijds en de vier afhankelijke kernvariabelen (zie tabel 4.3) anderzijds. Tevens zijn de multiple correlatiecoëfficiënten weergegeven, die aangeven in hoeverre de gedragsvariabelen gezamenlijk samenhangen met de afhankelijke variabelen.

Tabel 4.5: Samenhang tussen enerzijds drie kerkelijk-godsdienstige gedragsvariabelen en anderzijds vier afhankelijke variabelen die de plaats en betekenis van de godsdienst in het werk indiceren (zero-order correlaties en multiple R).

Gedragsvariabelen	Relevantie godsdienst	Religieuze communicatie	Bijbellezen	Voorkeur
kerkbetrokkenheid	.48	.22	.23	.51
bijbellezen	.49	.24	.23	.48
bidden	.44	.20	.23	.44
Multiple R	.54	.26	.26	.56

Legenda (zie ook tabel 4.2):

- Relevantie godsdienst: relevantie van de godsdienst in het werk
- Religieuze communicatie: religieuze communicatie met patiënten
- Bijbellezen: vindt het zinvol voor patiënten uit de bijbel te lezen
- Voorkeur: voorkeur voor bestaan van christelijke ziekenhuizen

De drie kerkelijk-godsdienstige gedragskenmerken hangen afzonderlijk en gezamenlijk nauw samen met de relevantie van de godsdienst in het werk en met de voorkeur die men al of niet heeft voor het bestaan van christelijke ziekenhuizen. Of er met patiënten religieuze communicatie plaatsvindt en of men het zinvol vindt om voor de patiënten uit de bijbel voor te lezen, is veel minder afhankelijk van de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van de ver-

pleegkundige of ziekenverzorg(st)er. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van de patiënt hier mede een rol speelt. We komen daar nog op terug.

De verschillen tussen de drie gedragsvariabelen voor wat betreft de mate waarin ze samenhangen met de afhankelijke variabelen, is gering of te verwaarlozen. Bovendien kan geconstateerd worden dat de multiple correlatiecoëfficiënten telkens slechts weinig hoger liggen dan de betreffende hoogste enkelvoudige correlatiecoëfficiënt. Beide zijn het gevolg van de sterke samenhang tussen de gedragsvariabelen onderling. De consequenties daarvan voor de multivariate analyse komen in paragraaf 4.3 verder aan de orde.

Kerkbetrokkenheid en privé-praktijken als bidden en bijbellezen, zo kunnen we concluderen, zijn van invloed op de wijze waarop verpleegkundigen en verzorgenden aan de factor godsdienst in het werk een plaats weten te geven. De godsdienstigheid van het personeel is daarmee echter pas voor een deel onderzocht. Want naast de gedragsdimensie wordt de geloofsdimensie onderscheiden. In de volgende paragraaf zullen we uiteenzetten welke posities de verschillende groepen uit ons onderzoek op deze dimensie innemen.

4.2.2. De geloofsdimensie

Bij tijd en wijle, en vooral als de onderzoeksresultaten tegenvallen of ongelegen komen, kan men de stelling horen verkondigen dat het geloof niet te meten is. En dat zou dan onder andere zijn, omdat het geloof 'tot de intieme kern van de menselijke persoon behoort' (Van der Ven, 1993: 62). Nu behoren ook het menselijk karakter en zijn persoonlijkheid en gevoelsleven ongetwijfeld 'tot de intieme kern', maar dat weerhoudt psychologen niet deze eigenschappen in kaart te brengen. Het is geen eenvoudige zaak, dat is duidelijk. En er zijn bij gebrek aan eensgezindheid voor één en hetzelfde fenomeen vaak verschillende meetinstrumenten in omloop. Desondanks wordt door veel instanties veelvuldig beroep gedaan op psychologen en gebruik gemaakt van psychologische tests. Het resultaat, hoe betrekkelijk of gebrekkig ook, levert blijkbaar méér op dan het achterwege laten van iedere vorm van psychologisch onderzoek.

Hetzelfde geldt met betrekking tot het geloof. Dat is weliswaar veel moeilijker te meten dan de kerkbetrokkenheid en er zijn daarom ook diverse instrumenten voor in omloop. Maar wanneer men daarom zou afzien van onderzoek op dit gebied, zou men elke kennis daaromtrent, ook bij benadering, moeten missen. We geven er daarom de voorkeur aan eventuele manco's voor lief te nemen; om eenzijdigheid te vermijden hebben wij drie verschillende instrumenten gebruikt om een beeld te krijgen van de godsdienstige opvattingen van onze respondenten.

Twee daarvan bestaan uit een serie uitspraken die zijn voorgelegd, met de vraag in welke mate men daarmee kon instemmen. De ene omvat een serie traditioneel protestants-christelijke, zo men wil: orthodoxe, geloofsopvattingen (Westra, 1981). De motivering om dit instrument te gebruiken is daarin

gelegen dat onze onderzoeksgroep voor een groot deel afkomstig is uit en werkzaam is binnen een protestants-christelijke context. De vraag is in hoeverre het protestants-christelijke gedachtegoed (nog) wordt onderschreven.

Het is echter niet verstandig het geloof exclusief te operationaliseren in termen van het orthodoxe protestants-christelijke geloof. Een deel van de respondenten, ook al is dat een minderheid, is immers niet afkomstig uit een protestants milieu. Maar ook binnen dat milieu zijn de geloofsopvattingen aan veranderingen onderhevig. Nodig is dus een instrument dat enerzijds ruimer is dan het orthodoxe meetinstrument, maar dat anderzijds past binnen een substantiële definitie van godsdienst, waarin met andere woorden gerefereerd wordt aan het transcendente. Het meetinstrument dat door Felling, Peters en Schreuder (1981; 1986: 39-44) ontworpen is, is daar een voorbeeld van. We hebben daar dan ook gebruik van gemaakt, zij het - zoals in paragraaf 2.2.2 reeds gemeld - slechts voor een deel, namelijk die uitspraken die gaan over de 'wereld- en levensbeschouwing omtrent de betekenis van lijden en dood'.

De overeenkomst tussen deze beide instrumenten is, dat ze aan de respondenten een serie uitspraken voorleggen; de mate waarin iemand daarmee al of niet instemt, is bepalend voor de mate van zijn of haar geloof. Het derde door ons gehanteerde instrument legt de criteria op grond waarvan iemand al dan niet als gelovige beschouwd kan worden, tevoren niet vast, maar laat de beslissing daaromtrent over aan de respondent zelf. Achtereenvolgens zullen we nu de scores op deze instrumenten behandelen.

Het eerste geloofsinstrument: het orthodoxe protestants-christelijke geloof

De orthodoxie-uitspraken vormen tezamen een factor binnen een groter geheel van uitspraken (zie bijlage 4) en voldoen ruim aan het criterium voor schaalbaarheid (Cronbach's $\alpha = .89$). Het gaat om de volgende uitspraken, met tussen haakjes het percentage respondenten dat het er helemaal mee eens is of, waar het item negatief geformuleerd is (-), het percentage dat het er helemaal niet mee eens is:

- 'over het bestaan van God is geen twijfel mogelijk' (43,9%);
- 'ondanks de ellende in de wereld moeten wij toch geloven in Gods leiding' (42,7%);
- 'dat Adam en Eva de eerste mensen waren, lijkt waarschijnlijk' (32,1%);
- 'ik twijfel er wel eens aan of er een hemel bestaat' (-) (30,4%);
- 'de wonderen uit de bijbel zijn echt gebeurd' (30,1%);
- 'in de kerkdienst moet de redding en verlossing van de zondige mens centraal staan' (15,5%);
- 'ik vind dat een christen op zondag best kan gaan voetballen' (-) (8,0%);
- 'iemand die ontkent dat Christus God is, moet men als afvallig beschouwen' (7,0%);
- 'de kerk moet homofielen van hun verkeerde levensweg bekeren' (3,5%).

De meeste instemming is er met die uitspraken die over God gaan: Zijn existentie en leiding van de wereld. Vervolgens is er een drietal uitspraken waar ruim 30% helemaal mee instemt. Deze betreffen een letterlijke uitleg van

de bijbel en het geloof in het bestaan van een hemel. In vergelijking met de eerste twee uitspraken gaat het hier om meer concrete geloofsuitspraken. Betrekkelijk weinig instemming (minder dan 10%) is er voor een drietal concretisering van het geloof in gedragsuitingen, namelijk betreffende de inrichting van de zondag en betreffende mensen met andere opvattingen en gedragingen. De uitspraak over de redding en verlossing van de mens neemt een tussenpositie in ten aanzien van de twee laatst genoemde serie items, zowel wat betreft het percentage volledige instemmers (15,5%), alsook inhoudelijk. Immers, enerzijds gaat het hier om een geloofsuitspraak, anderzijds om een gedragsconsequentie, namelijk dat het in de kerkdienst daarover moet gaan.

De gemiddelde score op de orthodoxie-uitspraken bedraagt 2.73. Daar het om vierpuntsschaal-items gaat, lopend van '1=helemaal mee eens' tot '4=helemaal niet mee eens', komt dat erop neer dat onze respondenten gemiddeld een positie innemen die iets van het schaalgemiddelde (i.e. 2.50) afwijkt in de richting van de niet-orthodoxe pool. Zoals verwacht mocht worden, bestaan er in dit opzicht grote verschillen tussen protestanten en katholieken. De laatsten hebben een orthodoxie-gemiddelde van 2.95, terwijl dat bij de gereformeerden ligt op 2.15 en bij de hervormden op 2.22. De verschillen tussen gereformeerden en hervormden zijn niet significant, die tussen protestanten en katholieken wel. Protestantse verpleegkundigen zijn dus meer dan gemiddeld orthodox, katholieke minder dan gemiddeld.

De instemming met de orthodoxie-uitspraken varieert ook sterk naar mate men meer of minder kerkbetrokken is. Zo is het orthodoxie-gemiddelde voor kernkerkelijken 1.91, voor modaalkerkelijken 2.35, voor marginaal-kerkelijken 2.88, voor ex-leden 3.22 en voor onkerkelijken-van-huis-uit 3.50. Omdat katholieken, zoals in paragraaf 4.2.1 bleek, veel minder kerkbetrokken zijn dan protestanten, is het bij voorbaat niet uitgesloten dat de geconstateerde orthodoxie-verschillen tussen protestanten en katholieken toegeschreven moeten worden aan verschillen in kerkbetrokkenheid. Dat blijkt niet het geval te zijn. Immers, onder constanthouding van kerkbetrokkenheid blijft de samenhang tussen denominatie (katholiek versus protestant) en orthodoxie nagenoeg onveranderd ($r = .45$; partiële $r = .42$).

Ook het omgekeerde geldt: dat de mate van orthodoxie varieert naargelang de kerkbetrokkenheid toe- of afneemt, kan niet herleid worden tot de denominationele achtergrond. De conclusie moet derhalve zijn dat beide van invloed zijn op de orthodoxie: zowel de mate van kerkbetrokkenheid, als het feit of men katholiek of protestant is. En ze versterken elkaar: kernkerkelijke protestanten zijn het meest orthodox (een gemiddelde van 1.88), onkerkelijken zonder enige denominationele achtergrond, onkerkelijken-van-huis-uit dus, zijn het minst orthodox (3.50), direct voorafgegaan door ex-katholieken (3.42).

Het tweede geloofsinstrument: opvattingen over lijden en dood

Het andere meetinstrument dat we gebruikt hebben om meer zicht te krijgen

op de geloofsdimensie van onze respondenten, is zoals gezegd ontleend aan Felling, Peters en Schreuder (1981). In concreto hebben we gebruik gemaakt van 16 uitspraken over de betekenis van lijden en dood. Lijden en dood confronteren de mens met zijn beperktheid en eindigheid. In die confrontatie komt de mens te staan voor de vraag naar de zin van het bestaan; niet of er in het bestaan een of andere zin te ontdekken valt, maar of het bestaan zelf, het leven zin heeft. Het gaat om de uiteindelijke zin, de 'ultimate meaning' van het bestaan.

Een drietal reactiewijzen staan de mens volgens Felling c.s. ter beschikking. De eerste is de affirmatie van de zin van het leven, waarbij de grond voor die bestaanszin nog kan variëren. Zo onderscheiden Felling, Peters en Schreuder (1981: 42) een expliciet-christelijke benadering, een algemeen-transcendente en een binnenwereldlijk-immanente. Een expliciet-christelijke benadering wordt gekenmerkt door een geloof in God en aan leven, lijden en dood wordt in dit licht betekenis verleend. Bij een algemeen-transcendente benadering 'trekt (men) zich op een bovenwereldlijke orde in het algemeen terug zonder al te persoonlijk te worden' en in de laatste benadering worden aan leven, lijden en dood zin gegeven in een binnenwereldlijk kader. Een reactiewijze die hier diametraal tegenover staat is dat het leven geen enkele zin heeft, noch vanuit een transcendentie-perspectief, noch in zichzelf. Het is niet moeilijk in te zien, dat een dergelijke reactiewijze verre van eenvoudig is. Ze vraagt om een soort 'heldhaftigheid' die maar weinigen van ons bezitten (Ter Borg, 1991:12). De derde reactiewijze ligt daarom meer voor de hand: twijfelen aan de zin van het bestaan, niet weten of er wel een zin aan te geven is.

Felling c.s. houden er ogenschijnlijk geen rekening mee dat er nog een vierde reactiewijze mogelijk is, namelijk dat men niet reageert op de vraag naar de zin van het bestaan. Kennelijk dringt die vraag zich op en dwingt zij tot een reactie. De godsdienstsocioloog Dekker (1987: 67) wijst er echter op dat het nog maar de vraag is in hoeverre er bij mensen een 'antropologisch gefundeerde behoefte (...) is een zinvolle orde aan te brengen in de werkelijkheid, hun eigen wereld zin te geven'. We moeten ons realiseren, zo betoogt hij, 'dat wij - dat wil zeggen degenen die wetenschappelijk of rationeel met deze vragen bezig zijn - altijd het gevaar lopen te gemakkelijk te veronderstellen dat de mensen handelen en denken zoals wij vinden dat mensen zouden moeten handelen en denken'. Volgens Ter Borg (1991: 12-13) doet de vraag naar de zin van het leven, de existentiële vraag, zich zelfs niet voor, omdat hij wordt afgestopt, nog voor hij gesteld is. De levensproblemen van moderne mensen betreffen 'slechts zelden hun eindigheid, hun kwetsbaarheid. Dat soort problemen kennen ze nauwelijks (...). Ze doen alsof er wat dat betreft niets aan de hand is. Het probleem wordt niet opgelost; er wordt geleefd, alsof er helemaal geen probleem is'. Wat hebben, in het licht van bovenstaande beschouwingen, de onderzoeksresultaten ons te zeggen? Laten we daar nu naar gaan kijken.

De existentiële vraag 'afgestopt'?

Zoals gezegd hebben we de verpleegkundigen en verzorg(st)ers in ons onderzoek 16 uitspraken over lijden en dood voorgelegd; negen daarvan hadden betrekking op het lijden, de dood stond in zeven uitspraken centraal. Door middel van een vijfpuntsschaal moest worden aangegeven in hoeverre men het met die uitspraken eens was (1=helemaal mee eens; 5=absoluut niet mee eens). Daaraan was door Felling c.s. nog een zesde antwoordmogelijkheid toegevoegd: 'daar heb ik nog nooit over nagedacht'. Dit antwoord biedt de mogelijkheid na te gaan in hoeverre de existentiële vraag wordt afgestopt, in hoeverre het om een problematiek gaat waar men niet over nadenkt of die men niet tot zich toelaat.

Uit de antwoorden blijkt daar weinig sprake van te zijn. Bij elk van de uitspraken wordt telkens door zo'n 1,5 à 3,6% aangegeven dat men daar nog nooit over heeft nagedacht. Er is slechts één uitspraak die in dit opzicht een hogere score te zien geeft, namelijk 'ik twijfel er vaak aan, of de dood enige zin heeft': 9,2% zegt daar nog nooit over te hebben nagedacht.⁵ Over al deze zestien uitspraken tezamen antwoordt liefst 78,6% van de respondenten geen enkele keer met 'nog nooit over nagedacht'. Slechts 3,5% beaamt vaker dan twee keer, dat men daar nog nooit over heeft nagedacht. Wanneer we er vanuit mogen gaan dat deze 16 uitspraken de existentiële problematiek betreffen, kan moeilijk worden volgehouden dat er sprake is van een massale afstopping van de zinvraag, zoals Ter Borg suggereert.

Nu is ons onderzoek verricht onder een specifieke populatie die in het werk doorlopend geconfronteerd wordt met lijden en dood, waardoor het wel haast onmogelijk lijkt over die problemen níét na te denken. Vergeleken met een landelijke steekproef die dezelfde vragen kreeg voorgelegd (Felling, Peters en Schreuder, 1986: 128-133), hebben onze respondenten zich in gedachten inderdaad vaker beziggehouden met de eindigheid van de mens en het leed dat hen overkomt. In de landelijke steekproef schommelen de percentages van degenen die over deze problemen nog nooit hebben nagedacht, tussen de 2,5% en 8,4% met een uitschieter naar 11,3% voor dezelfde uitspraak die in ons onderzoek eveneens het hoogst scoorde⁶. Maar ook dergelijke percentages wettigen niet de conclusie dat de existentiële vraag in de Nederlandse samenleving massaal wordt afgestopt nog voor hij gesteld is.

De betekenis van lijden en dood: de afzonderlijke items

Nu duidelijk is dat onze respondenten min of meer vertrouwd zijn met dit

5 Dit hoge percentage wordt wellicht daardoor veroorzaakt dat het hier om de enige uitspraak gaat waarin gewezen wordt op een zekere regelmaat of frequentie ('ik twijfel er vaak aan...'). In de overige uitspraken ontbreekt elke verwijzing naar regelmaat of frequentie.

6 Het lijkt ons daarom terecht dat dit item in een latere versie van de vragenlijst (Felling, Peters en Schreuder, 1987b) niet meer terugkomt.

soort uitspraken, kan de vraag gesteld worden op welke wijze zij daarop geantwoord hebben. In tabel 4.6 wordt dat uit de doeken gedaan. We beginnen met de bespreking van de rechte tellingen, waarbij we ons in eerste instantie richten op die 11 uitspraken die tot de ene factor behoren die uit onze analyse resulteerde.

In de uitspraken dat het lijden er is, maar geen enkele zin heeft en dat het leed dat de mensen overkomt, geen enkele bedoeling heeft, kunnen 19,8% respectievelijk 23,5% van de respondenten zich vinden. We kunnen zeggen dat ongeveer één op de vijf de zinloosheid van het lijden beaamt. Uitspraken die in tegenstelling daarmee de zin van het lijden juist op een positieve manier proberen te verwoorden, vinden evenmin veel aanhang. Zo wordt door minder dan één op de vijf onderschreven, dat het lijden juist zin geeft aan het leven en dat leed en lijden pas betekenis krijgen als je in God gelooft. De hoogste score (namelijk 32,1%) is er nog voor de uitspraak 'of verdriet en lijden ergens toe dienen zou ik niet kunnen zeggen'. Het zal duidelijk zijn dat de zin van het lijden problematisch is⁷.

-
- 7 Dat wordt nog eens bevestigd door het feit dat er nauwelijks support is voor de opvatting dat je door het meemaken van ellendige gebeurtenissen een beter mens wordt; slechts 10,3% is het (helemaal) eens met deze uitspraak. En vervolgens komt de machteloosheid ten aanzien van (de zin van) het lijden heel goed naar voren in de reactie van onze respondenten op de uitspraak 'ellende en leed maken mij opstandig'; een meerderheid, namelijk 51,7%, kan zich daar (helemaal) in vinden.

Onder de negen uitspraken over het lijden zijn er slechts twee die een zinvolle inhoud aan dat lijden geven en tegelijkertijd (bijna) door een meerderheid onderschreven worden. Eén daarvan is de uitspraak: 'een mens kan tijdens een ziekte veel pijn verdragen, als hij gelooft in God'; daarmee is 47,6% het (helemaal) eens.

Aanvankelijk verbaasde het ons dat deze uitspraak zo'n geringe factorlading had. Blijkt er immers niet een gelovige visie op het lijden - zie verderop bij de bespreking van de factoranalyse - uit? Nadere inspectie maakt echter duidelijk dat deze uitspraak qua terminologie afwijkt van de andere uitspraken. Het gaat hier namelijk niet over de respondent zelf, zoals de andere uitspraken duidelijk aangeven, maar over de (zieke) mens in het algemeen. In deze formulering gaat het hier meer om een constaterende uitspraak ('ik merk dat zieken veel pijn kunnen verdragen als ze in God geloven') dan dat hij verwijst naar een gelovige visie op het lijden bij de respondent zelf. Dat deze uitspraak zo'n geringe factorlading had, zou daardoor verklaard kunnen worden.

De andere uitspraak is: 'ellende en tegenslag kunnen volgens mij een grotere bewustwording teweegbrengen en hebben daarom een diepere betekenis'. Deze uitspraak ontmoet veel instemming; liefst 83,5% is het er (helemaal) mee eens. In deze uitspraak wordt de zin niet zozeer in het lijden zelf gezien, als wel in de gevolgen ervan. Ook deze uitspraak behoort niet tot de factor die uit de analyse resulteerde. Wellicht gaat het hier om een

Tabel 4.6: Resultaten van factoranalyse (principale componentenanalyse) op 11* uitspraken over lijden en dood en percentage respondenten dat met de uitspraken instemt.

Uitspraken	factorla- ding	(helemaal) mee eens
<i>over lijden:</i>		
- het leed dat de mensen overkomt, heeft geen enkele bedoeling	.600	23,5%
- het lijden is er, maar het heeft geen enkele zin	.591	19,8%
- leed en lijden krijgen voor mij pas betekenis, als je gelooft in God	-.589	18,9%
- voor mij geeft het lijden juist zin aan het leven	-.510	18,8%
- of verdriet en lijden ergens toe dienen zou ik niet kunnen zeggen	.520	32,1%
<i>over dood:</i>		
- na de dood is alles definitief afgelopen	.761	10,1%
- voor mij heeft de dood geen enkele betekenis	.594	3,7%
- de dood is de doorgang naar een ander leven	-.762	51,2%
- pas als je gelooft in God heeft de dood betekenis	-.563	30,3%
- wat de dood betekent kan ik niet zeggen	.531	36,8%
- ik twijfel er vaak aan, of de dood enige zin heeft	.514	21,5%
Percentage verklaarde variantie: 36,0%		
N = 694		

*) De overige vijf uitspraken werden geëlimineerd, omdat hun factorlading telkens onder de .30 bleef. Het zijn de uitspraken die onder voetnoot 7 van dit hoofdstuk zijn vermeld, alsook 'wat de dood betekent hangt af van je manier van leven' (waar 57,9% mee instemt).

In het denken over de dood zit meer tekening. Dat blijkt enerzijds daaruit dat de zinloosheid van de dood veel meer wordt afgewezen dan de zinloosheid van het lijden. Immers, uitspraken als 'na de dood is alles definitief afgelopen' en 'voor mij heeft de dood geen enkele betekenis' vinden weinig of geen instemming. Anderzijds is er meer herkenning in uitspraken die de dood op een

uitspraak binnen een andere dimensie, bijvoorbeeld de dimensie van de immanente zingeving. De samenhang met de andere 15 uitspraken was echter te laag om in een aparte factor te kunnen resulteren.

positieve wijze proberen te verwoorden, dan bij het lijden het geval was. Zo is 30,3% het er (helemaal) mee eens dat de dood pas als je in God gelooft, betekenis heeft en is voor 51,2% de dood de doorgang naar een ander leven. Dit alles neemt niet weg dat er ook veel twijfel bestaat over de zin van de dood, getuige de uitspraken 'ik twijfel er vaak aan, of de dood enige betekenis heeft' en 'wat de dood betekent kan ik niet zeggen'.

Lijden en dood: één factor

Toen Felling e.a. (1981: 48-49) alle zestien uitspraken over lijden en dood aan een factoranalyse onderwierpen, verwachtten zij vier houdingen of factoren te zullen vinden. In feite vonden ze er drie. Wij vinden - op grond van het verloop van de eigenwaarden en rekening houdend met interpretatiemogelijkheden - slechts één factor. Elf van de zestien uitspraken verwijzen naar één gezamenlijke dimensie of achtergrond, waarvan de ene pool vooral gekenmerkt wordt door de uitspraak 'na de dood is alles definitief afgelopen' (factorlading: .761) en de andere pool door de uitspraak 'de dood is de doorgang naar een ander leven' (factorlading: -.762). Uitspraken over de zin en zinloosheid van de dood maken deel uit van één en dezelfde dimensie en zijn bijgevolg tegengesteld aan elkaar.

Maar ook uitspraken over de zin en zinloosheid van het lijden zijn onderdeel van deze dimensie: 'het leed dat de mensen overkomt, heeft geen enkele bedoeling' (factorlading: .600), 'het lijden is er, maar heeft geen enkele zin' (factorlading: .591) en 'voor mij geeft het lijden juist zin aan het leven' (factorlading: -.510). Tenslotte behoren ook de uitspraken die de zin van lijden en dood baseren op God, tot deze dimensie: 'leed en lijden krijgen voor mij pas betekenis als je gelooft in God' (factorlading: -.589) en 'pas als je gelooft in God heeft de dood betekenis' (factorlading: -.563). Op grond van dit laatste kan gesteld worden dat al deze uitspraken positief of negatief verwijzen naar een gelovige visie op lijden en dood.

Felling c.s. vonden, zoals gezegd, drie dimensies die zij achtereenvolgens benoemden met 'christelijke duiding van lijden en dood', 'twijfel of ontkenning van de zin van de dood' en 'twijfel en ontkenning van de zin van het lijden'. Mede op grond hiervan concludeerden zij tot een zekere verbrokkeling van het levensbeschouwelijk complex in de Nederlandse samenleving. De zingeving aan lijden en dood vindt immers niet meer vanuit eenzelfde achtergrond of dimensie plaats. Elders omschrijven zij deze verbrokkeling met 'rondvliegende scherven die zich nog niet tot een eenheid verdicht hebben' (Felling, Peters en Schreuder, 1986: 59). Vergeleken daarmee reageren onze respondenten veel meer vanuit één consistente visie, namelijk een gelovige visie op lijden en dood. Van verbrokkeling is nog weinig sprake. Ook al wordt deze visie niet meer algemeen gedeeld, op de achtergrond functioneert zij als kader van waaruit op uitspraken over lijden en dood gereageerd wordt, zelfs in de ontkenning van de zin daarvan. De christelijke context waarbinnen velen van onze respondenten zijn opgegroeid en werken, zal onmiskenbaar hebben bijgedragen aan dit patroon.

'Algemeen-christelijk geloof'

De 11 uitspraken over lijden en dood vormen tezamen een goede schaal (Cronbach's $\alpha = .82$)⁸ voor de mate waarin men door geloof in God in staat is aan lijden en dood zin te verlenen. In het vervolg zullen we deze schaal aanduiden met de term 'algemeen-christelijk geloof'. Weliswaar omvat het christelijk geloof méér dan een visie op lijden en dood, daar staat echter tegenover dat de visie op lijden en dood een essentieel onderdeel vormt van elk geloof, ook het christelijk geloof. Om die reden hebben wij voor een ruimere naamgeving gekozen. Theoretisch lopen de schaalwaarden van 1 tot 5; 1 duidt op een relatief sterk geloof, 5 op het ontbreken daarvan. De feitelijke schaalwaarden bij onze respondenten lopen uiteen van 1.09 tot 4.64. De gemiddelde score van de respondenten bedraagt 2.82; daarmee bevinden ze zich iets van het schaalgemiddelde in de richting van de gelovige pool.

Ook uit de scores op deze schaal blijkt, dat katholieken in mindere mate gekenmerkt worden door een algemeen-christelijke levensbeschouwing (3.00) dan gereformeerden (2.48) en hervormden (2.54); het verschil tussen deze laatste twee is niet significant. Kon bij de beschrijving van de orthodoxie-schaal nog verondersteld worden dat katholieken 'achterbleven' bij protestanten omdat de orthodoxie-uitspraken afkomstig waren uit een traditioneel protestants-christelijke context, het verschil inzake het algemeen-christelijke geloof kan daar niet uit verklaard worden. Immers, de uitspraken van deze schaal zijn bewust niet ontleend aan een kerkelijke context, maar algemener en fundamenteeler geformuleerd (Felling e.a., 1986: 41). Ook onder constanthouding van kerkbetrokkenheid scoren katholieken lager dan protestanten. Katholieken zijn derhalve niet alleen minder orthodox, ze zijn ook minder gelovig in de algemeen-christelijke zin van dat woord.

Dat dit algemeen-christelijke geloof varieert met de mate van kerkbetrokkenheid, zal geen verrassing zijn. Zo ligt de gemiddelde score voor de kernkerkelijken op 2.25, voor de modaalkerkelijken op 2.61, voor de marginaalkerkelijken op 3.03 (nagenoeg het schaalgemiddelde dus) en voor exkerkelijken en van-huis-uit onkerkelijken op respectievelijk 3.16 en 3.29. Deze cijfers maken tevens duidelijk dat de eerste twee categorieën sterker van het gemiddelde afwijken dan de laatste twee. Dat betekent dat kernkerkelijken en modaalkerkelijken over het algemeen gekenmerkt worden door een christelijke levensbeschouwing, maar dat met minder stelligheid gezegd kan worden dat die levensbeschouwing bij beide categorieën onkerkelijken afwezig is. Voor wat betreft de orthodoxiescores was de discrepantie tussen enerzijds kernker-

8 Bij de constructie van deze schaal kregen degenen die over bepaalde uitspraken nog niet eerder hadden nagedacht, voor die uitspraak de waarde 3 (i.e. de gemiddelde waarde van een vijfpuntsschaal). Vervolgens werd de schaalwaarde berekend als het rekenkundig gemiddelde van de 11 betreffende uitspraken. Een non-respons op één of twee uitspraken werd acceptabel geacht; in dat geval werd de schaalwaarde berekend over tien respectievelijk negen uitspraken.

kellijken en modaalkerkelijken en anderzijds onkerkelijken veel groter. De scores van de onkerkelijken gingen veel sterker in de richting van de niet-orthodoxe pool. Bijgevolg is de samenhang tussen orthodoxie en kerkbetrokkenheid ($r = .75$) groter dan tussen algemeen-christelijke levensbeschouwing en kerkbetrokkenheid ($r = .59$).

Driedeling in geloof

Orthodoxie en algemeen-christelijk geloof hangen onderling sterk samen ($r = .73$). Degenen die in traditionele zin gelovig zijn, onderschrijven in grote mate tevens het algemeen-christelijke geloof en - omgekeerd - als men het laatste verwerpt, is de kans op aanwezigheid van orthodoxie uiterst gering. Maar de twee vormen van geloof zijn niet hetzelfde. Dat blijkt uit het bestaan van een derde groep: zij die het traditionele, orthodoxe geloof over het algemeen ter zijde leggen, maar desalniettemin in algemeen-christelijke zin gelovig zijn.

Hoe omvangrijk deze drie groepen zijn, maakt tabel 4.7 duidelijk, waar beide geloofskenners gedichotomiseerd zijn rond het schaalgemiddelde (orthodoxie: < 2.50 versus ≥ 2.50 ; algemeen-christelijk geloof: < 3.00 versus ≥ 3.00). In totaal kan dan 34% orthodox-gelovig genoemd worden, 21% is gelovig, maar niet orthodox en 41% ongelovig. Slechts 3,8% van alle respondenten vertoont een 'tegenstrijdig' patroon: orthodox, terwijl tegelijkertijd het algemeen-christelijke geloof minder onderschreven wordt; in het vervolg zal deze groep verder buiten beschouwing blijven. De andere groepen zullen we verder omschrijven met de termen 'traditioneel gelovig', 'algemeen gelovig' en 'ongelovig'.

Tabel 4.7: Mate van orthodoxie en algemeen-christelijk geloof (gedichotomiseerd en in percentages voor de totale onderzoeksgroep).

orthodox	algemeen-christelijk geloof		
	meer ($< 3,00$)	minder ($\geq 3,00$)	
meer	33,9%	3,8%	37,7%
minder	20,9%	41,4%	62,3%
N=695	54,8%	45,2%	100%

Een waarschuwing is hier op zijn plaats. De dichotomiseringsen zijn betrekkelijk willekeurig en de benoeming van de groeperingen is in te absolute termen gesteld. De categorie 'ongelovig' bijvoorbeeld bestaat uit degenen die zowel minder dan gemiddeld orthodox als minder dan gemiddeld algemeen-christelijk gelovig genoemd moeten worden. Ze zijn, vergeleken met de

meeste andere respondenten, meer ongelovig dan gelovig, maar dat is wat anders dan zonder meer ongelovig. Bij deze gehanteerde driedeling is het met andere woorden eerder een kwestie van 'meer of minder' dan van 'wel of niet'. Ondanks deze beperkingen beschikken we met deze driedeling over een zinvol instrument. In welke mate deze vormen van geloof voorkomen bij enkele kerkelijke en onkerkelijke groeperingen wordt getoond in tabel 4.8.

Tabel 4.8: Geloof en kerkelijke achtergrond

	NH	Geref.	RK	ex-lid	van huis uit onkerkelijk
traditioneel gelovig	61,9	69,0	13,1	3,3	1,2
algemeen gelovig	18,8	15,9	28,8	25,5	25,8
ongelovig	19,3	15,1	58,1	71,2	73,0
N(= 100%)	138	165	60	199	78

Zowel hervormden als gereformeerden zijn in hoge mate gelovig in traditionele of orthodoxe zin. De onkerkelijken zijn ongeveer het tegendeel daarvan: ruim 70% behoort tot de minst gelovige categorie. Het onderscheid tussen kerkverlaters en onkerkelijken-van-huis-uit doet niet ter zake; de verschillen zijn niet significant. De katholieken, overigens een kleine groep in ons onderzoek, nemen een tussenpositie in, maar wel één die meer lijkt op die van de onkerkelijken dan op die van de hervormden of gereformeerden. Katholieken zijn dus niet alleen minder bij hun kerk betrokken dan protestanten, ze scoren ook veel lager op de geloofsdimensie. In zekere zin komt dat overeen met wat Halman (1991: 97 e.v.) eerder constateerde omtrent de verschillen tussen protestanten en katholieken in Nederland. Alleen zijn de verschillen in ons onderzoek nog groter; we zagen dat reeds bij de kerkbetrokkenheid, nu blijkt dat ook te gelden voor de geloofsdimensie.

Het derde geloofsinstrument: religieuze zelfbeoordeling

We komen toe aan het derde geloofsinstrument dat we aan de respondenten hebben voorgelegd, namelijk de vraag: 'Vindt u van uzelf dat u godsdienstig bent?' Dit instrument verschilt in tweeërlei opzicht van de voorafgaande twee. Allereerst is er een technisch verschil: de vorige twee bestonden uit een serie uitspraken, dit instrument bestaat uit een enkelvoudige vraag. Het inhoudelijke verschil is echter belangrijker: dit derde instrument vraagt om een 'religieuze zelfbeoordeling' (Felling, Peters, Schreuder, 1986: 71), terwijl bij de twee andere instrumenten de godsdienstigheid van de respondent geconstrueerd werd op basis van de antwoorden op vooraf gegeven criteria (geloofsitems).

Bijna de helft van de ondervraagden (45%) beschouwt zichzelf als godsdienstig, zo'n 22% vindt dat niet en 33% vindt zichzelf enigszins godsdienstig of is daar onzeker over. De samenhang met de orthodoxieschaal, met de algemeen-christelijke geloofsschaal en met de op basis daarvan geconstrueerde trichotome geloofsschaal is vrij groot, zoals uit tabel 4.9 blijkt. Daarmee is het verschil tussen het subjectieve meetinstrument (de religieuze zelfbeoordeling) en de beide andere objectieve meetinstrumenten geringer dan men wellicht zou verwachten. Anderzijds zijn er toch ook interessante verschillen.

Tabel 4.9: Religieuze zelfbeoordeling en mate van orthodoxie en algemeen-christelijk geloof

Religieuze zelfbeoordeling	orthodoxie (1 = hoog; 4 = laag)	alg.-christelijk geloof (1 = hoog; 5 = laag)	trichotome geloofs- schaal (%)		
			trad.	alg.	geen
godsdienstig	2.27	2.48	78,7	42,2	19,9
enigszins/onzeker	2.84	2.95	21,1	38,4	39,1
niet-godsdienstig	3.55	3.34	0,2	19,4	41,0
corr.coëff.	.63	.55	.56		

Wanneer we bedenken dat het schaalgemiddelde van de orthodoxieschaal 2.50 is en van de schaal voor het algemeen-christelijke geloof 3.00, dan zien we dat degenen die zich godsdienstig noemen, zich in beide gevallen gemiddeld genomen 'aan de gelovige kant' van de schaal bevinden, dat degenen die zich niet-godsdienstig noemen, zich in beide gevallen aan de andere zijde van de schaal bevinden en dat de tussencategorie weliswaar minder dan gemiddeld orthodox is, maar er meer dan gemiddeld (ook al is dat slechts *iets* meer dan gemiddeld) een algemeen-christelijk geloof op nahoudt.

Deze tendens komt ook naar voren in de scores op de trichotome geloofsschaal. Daarbij dient opgemerkt te worden dat men zichzelf godsdienstiger inschat dan de scores op de trichotome geloofsschaal doen vermoeden. Het komt immers vaker voor dat men zich godsdienstig acht terwijl men op de minst gelovige categorie van de trichotome geloofsschaal scoort dan dat het omgekeerde zich voordoet. Respondenten met een meer dan gemiddeld traditionele geloofsopvatting noemen zich nauwelijks niet-godsdienstig.

Bij nadere beschouwing blijken het vooral de katholieken te zijn, bij wie de discrepanties tussen het subjectieve en de objectieve meetinstrumenten het grootst zijn. Zo blijkt uit tabel 4.10 dat 58% van de katholieken tot de minst gelovige categorie behoort, maar dat 55% van zichzelf vindt dat hij godsdienstig is en slechts 4% dat niet vindt. Ook bij de anderen bestaan discrepanties,

maar die zijn geringer dan bij de katholieken (zie tabel 4.10). Evenals bij de trichotome geloofsschaal nemen de katholieken, waar het hun religieuze zelfbeoordeling betreft, een positie in tussen protestanten en onkerkelijken. Maar nu ligt die positie dichterbij die van de protestanten, terwijl zij op de geloofsschaal dichterbij die van de onkerkelijken lag.

Tabel 4.10: Scores op de trichotome geloofsschaal en religieuze zelfbeoordeling, naar kerkelijke achtergrond (in procenten)

	Protestanten (NH/Ger)		Katholieken		Onkerkelijken	
Geloof*	geloofs- schaal	zelf- beoord.	geloofs- schaal	zelf- beoord.	geloofs- schaal	zelfbe- oord.
1	65,8	64,1	13,1	55,2	2,7	18,9
2	17,2	34,4	28,8	40,7	25,6	30,8
3	17,0	1,5	58,1	4,2	71,7	50,3
N=100%	303	322	60	62	277	284

*) Categorieën geloofsschaal: 1 = traditioneel gelovig; 2 = algemeen gelovig; 3 = ongelovig. Categorieën religieuze zelfbeoordeling: 1 = godsdienstig; 2 = enigszins/onzeaker; 3 = niet godsdienstig.

De geloofsdimensie en de betekenis van de godsdienst in het werk

Hoe belangrijk is nu de geloofsdimensie voor de plaats en betekenis die verpleegkundigen en ziekenverzorg(st)ers in hun werk aan de godsdienst toekennen? Wanneer we de enkelvoudige correlatiecoëfficiënten in ogenschouw nemen (zie tabel 4.11), dan kunnen we vier conclusies trekken. De eerste is dat elk van de drie geloofsvariabelen (orthodoxie, algemeen-christelijk geloof en religieuze zelfbeoordeling) significant samenhangt met elk van de vier afhankelijke variabelen. De tweede conclusie is dat die samenhangen met de relevantie van de godsdienst in het werk en met de voorkeur voor christelijke ziekenhuizen veel groter zijn dan met de overige twee afhankelijke variabelen (religieuze communicatie met patiënten en zinvolheid van bijbellen voor patiënten). De samenhangen met de eerste twee afhankelijke variabelen liggen immers alle boven de .40, die met de laatste twee alle onder de .30. Dezelfde tendens constateerden we ook al bij de kerkelijk-godsdienstige gedragsdimensie. Waar het gedrag of de houding mede afhankelijk lijkt te zijn van de patiënt, is de invloed van geloofskenmerken van het personeel blijkbaar veel beperkter.

De derde conclusie is dat de multiple correlatiecoëfficiënten nauwelijks hoger liggen dan de desbetreffende hoogste enkelvoudige correlatiecoëfficiënten, hetgeen - evenals bij de gedragsdimensie - het gevolg is van de onderlinge samenhang tussen de geloofsvariabelen. De vierde conclusie tenslotte is dat de samenhangen met de orthodoxieschaal systematisch het hoogst zijn, vervolgens met het algemeen-christelijk geloof en het laagst met de religieuze zelfbeoordeling. Het relatieve gewicht van elk van de drie geloofskennmerken is daardoor verschillend. Het meer subjectieve kenmerk 'religieuze zelfbeoordeling' is hier van minder betekenis dan de beide objectieve geloofskennmerken. En van deze laatste twee is het orthodoxe geloof het belangrijkste.

Tabel 4.11: Samenhang tussen enerzijds drie geloofsvariabelen en anderzijds vier afhankelijke variabelen die de plaats en betekenis van de godsdienst in het werk indiceren (zero-order correlaties en multiple R).

Geloofsvariabelen	Relevantie godsdienst	Religieuze communicatie	Bijbellezen	Voorkeur
orthodoxie	.60	.23	.28	.62
alg. christ. geloof	.51	.22	.22	.54
relig. zelfbeoord.	.46	.21	.22	.40
Multiple R	.62	.26	.28	.63

Legenda (zie ook tabel 4.2 en tabel 4.5.)

- Relevantie godsdienst: relevantie van de godsdienst in het werk
- Religieuze communicatie: religieuze communicatie met patiënten
- Bijbellezen: vindt het zinvol voor patiënten uit de bijbel te lezen
- Voorkeur: voorkeur voor bestaan van christelijke ziekenhuizen

4.3. Godsdienst tussen individu en organisatie

In de voorafgaande paragraaf is een uitvoerige beschrijving gegeven van de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van de verplegenden en verzorgenden in de CVZ-ziekenhuizen. Daarbij is zowel aandacht besteed aan de gedragsdimensie, als de geloofsdimensie. In deze paragraaf richten we onze aandacht weer op het ziekenhuis en zijn identiteit.

In hoofdstuk 3 bleek één van de kenmerken van de identiteit te zijn dat men er via werving en selectie naar streefde personeel aan te trekken met een bepaalde (christelijke) kerkelijk-godsdienstige achtergrond. In hoeverre slagen ziekenhuizen daarin? Is het verplegend en verzorgend personeel meer bij de kerk betrokken en godsdienstiger naarmate ziekenhuizen hun christelijke identiteit sterker profileren? Het antwoord is te vinden in tabel 4.12.

Tabel 4.12: Samenhang tussen de identiteit van ziekenhuizen en de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van het verplegend en verzorgend personeel: r en % (de percentages betreffen twee kwintielen personeelsleden, werkzaam in ziekenhuizen met respectievelijk de sterkste en zwakste identiteitsprofielen).

Kerkelijk-godsdienstige achtergrond van het verplegend en verzorgend personeel	sterkste kwintiel	zwakste kwintiel	r
<i>gedragdimensie:</i>			
- kerkbetrokkenheid: kern-/modaalkerkelijken	76,4%	38,2%	.25
- bijbellezen: vaak	54,1%	19,2%	.25
- bidden bij het eten: zinvol	88,1%	51,7%	.24
<i>geloofsdimensie:</i>			
- orthodoxie: % boven het gemiddelde	66,5%	27,8%	.26
- alg.-christ. geloof: % boven het gemiddelde	72,8%	42,0%	.24
- religieuze zelfbeoordeling: godsdienstig	57,5%	38,5%	.19

Uit die tabel blijkt duidelijk, dat hoe sterker de identiteit is, des te groter ook de kerkelijke en godsdienstige betrokkenheid van het personeel is. De correlatiecoëfficiënten ontploen elkaar niet veel; ze liggen alle rond de .25, met uitzondering van de samenhang tussen identiteit en religieuze zelfbeoordeling (.19).

De middelste kolommen brengen in beeld hoe groot de procentuele verschillen zijn tussen twee uiterste kwintielen personeelsleden, namelijk verplegenden en verzorgenden die werkzaam zijn in ziekenhuizen met de sterkste versus ziekenhuizen met de zwakste christelijke identiteit. De eerste groep scoort systematisch zo'n 30 à 40% hoger, met uitzondering weer van de religieuze zelfbeoordeling; daar is het verschil 19%. Het beleid dat ziekenhuizen voeren met betrekking tot werving en selectie, en al het andere wat men onderneemt om de christelijke identiteit te benadrukken, resulteert dus heel duidelijk in een personeelsbestand met een bepaalde kerkelijk-godsdienstige kleur. Overigens mag verwacht worden dat de samenhang ook de andere richting uit werkt: hoe groter de kerkelijk-godsdienstige betrokkenheid van het personeel is, hoe meer ondersteuning er zal zijn voor de christelijke identiteit van het ziekenhuis.

Voorlopige conclusie

Wanneer we de resultaten tot hier toe samenvatten, dan kunnen we het volgende concluderen. De plaats en betekenis die verplegenden en verzorgenden aan de godsdienst in hun werk toekennen, varieert met de identiteit van het ziekenhuis waar men werkt. Hoe sterker die (christelijke) identiteit, hoe belangrijker men de godsdienst vindt en hoe meer men dat in gedrag en communicatie tot uiting laat komen (zie paragraaf 4.1). De plaats en de

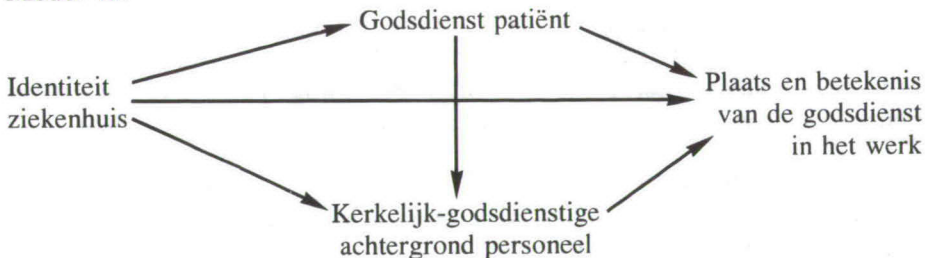
betekenis van de godsdienst in het werk hangen tevens samen met de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van het verplegend en verzorgend personeel (zie paragraaf 4.2). Omdat er eveneens samenhang bestaat tussen de identiteit van het ziekenhuis en de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van het personeel (zie tabel 4.12), zal minstens een deel van de samenhang die in paragraaf 4.1 geconstateerd werd tussen identiteit en plaats en betekenis van de godsdienst in het werk, van indirecte aard zijn, namelijk via de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van het personeel verklaard kunnen worden.

Multivariate analyses: het model

De vraag waar we nu voor staan, is in hoeverre er sprake is van een indirecte en in hoeverre van een directe relatie tussen identiteit van de ziekenhuizen en de vier afhankelijke variabelen die betrekking hebben op de plaats en betekenis van de godsdienst in het werk van het verplegend en verzorgend personeel. Daartoe zijn vier regressiemodellen opgesteld, die de samenhang tussen deze variabelen weergeven.

Op grond van de bevindingen van de tabellen 4.5 en 4.11 hebben we besloten deze modellen nog enigszins uit te breiden. We constateerden daar immers dat de samenhangen tussen de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van het personeel enerzijds en de religieuze communicatie met patiënten en de zinvolheid van bijbellezen voor patiënten anderzijds aanmerkelijk geringer waren dan de samenhangen met de relevantie van de godsdienst in het werk en met de voorkeur voor het bestaan van christelijke ziekenhuizen. We veronderstelden daarbij dat de houding van de patiënt daar wellicht mede van invloed op zou zijn. Immers, religieuze communicatie tussen verpleegkundige en patiënt zal niet alleen afhankelijk zijn van de inbreng van de verpleegkundige, maar ook van de patiënt. En de vraag of verplegenden en verzorgenden het zinvol vinden voor patiënten uit de bijbel te lezen, zal niet alleen afhangen van hun eigen opvattingen over bijbellezen, maar ook hoe patiënten daar tegenover staan. In het algemeen zien de regressiemodellen er derhalve als volgt uit.

Model 4.1



Het model veronderstelt dat de identiteit van het ziekenhuis niet alleen van invloed is op het godsdienstig gehalte van het personeel, maar ook op dat van

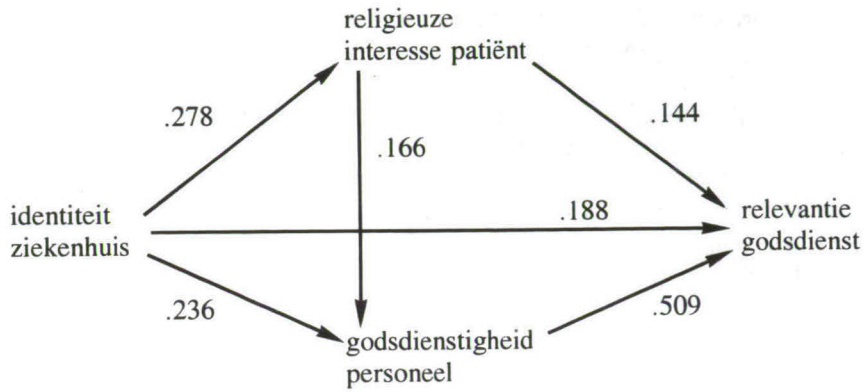
de patiënten. Door zich op een bepaalde wijze te profileren, namelijk als een christelijk ziekenhuis, zal men bepaalde patiënten aantrekken en andere juist afstoten. Voor het personeel is de godsdienstigheid van de patiënten daarmee een context-variabele. De godsdienstigheid van het personeel wordt, zoals we in tabel 4.12 gezien hebben, bepaald door de identiteit van het ziekenhuis, maar we veronderstellen nu dat zij voor een deel ook verklaard kan worden door de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van de patiënten.

Bij de analyses zullen vervolgens twee vragen centraal staan. De eerste is: in hoeverre kunnen de plaats en betekenis van de godsdienst in het werk verklaard worden door de drie overige variabelen in het model tezamen? De tweede is: verloopt de invloed van de identiteit op een indirecte wijze (via de patiënt en het personeel) of ook op een directe wijze, dat wil zeggen onafhankelijk van de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van patiënt en personeel?

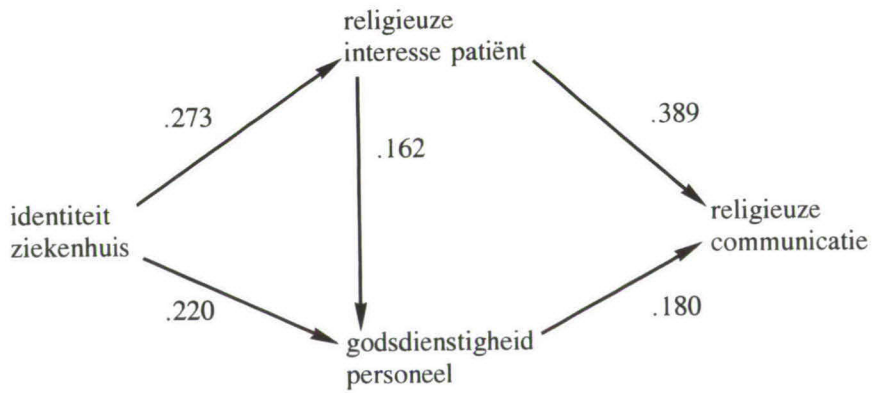
In het voorafgaande hebben we gezien dat de zes variabelen die we gebruikten om de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van het personeel in kaart te brengen, onderling zeer sterk samenhangen. Dat duidt erop dat ze, behalve naar het specifiek eigene, ook naar iets gemeenschappelijks verwijzen. Dat is de reden geweest waarom we ten behoeve van de regressie-analyses door middel van factoranalyse van deze zes variabelen één nieuwe variabele hebben geconstrueerd: 'de godsdienstigheid van het verplegend en verzorgend personeel'. En wat de godsdienstige achtergrond van de patiënt betreft, als indicatie daarvoor wordt de variabele 'religieuze interesse patiënt' gebruikt; deze is geconstrueerd op basis van twee vragen die peilden naar de belangstelling bij patiënten voor bijbellezing en kerkdiensten.

De onderzoeksbevindingen

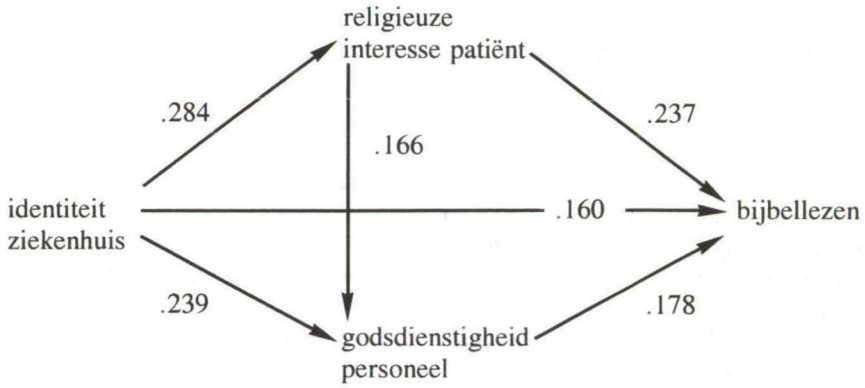
De resultaten van de regressie-analyses worden nu in de onderstaande modellen (4.2a-d) weergegeven en vervolgens toegelicht. De coëfficiënten in de modellen zijn gestandaardiseerde regressie-coëfficiënten (bèta's); R^2 geeft de totale verklaarde variantie van de betreffende afhankelijke variabelen weer.

Model 4.2a $R^2 = .419$

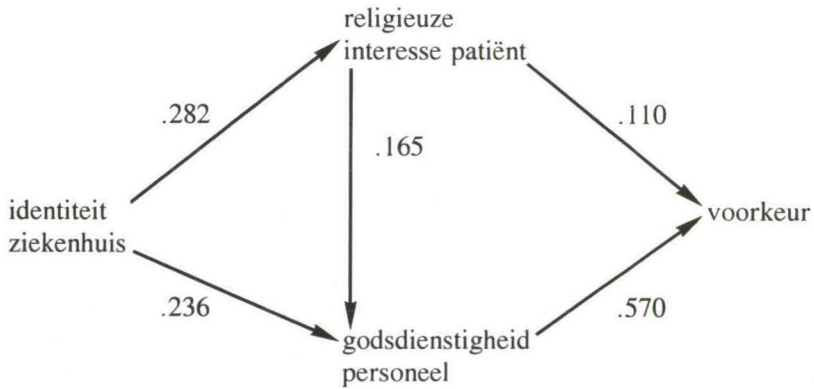
N = 648

Model 4.2b $R^2 = .215$

N = 630

Model 4.2c

$R^2 = .171$
 N = 641

Model 4.2d

$R^2 = .367$
 N = 644

Legenda afhankelijke variabelen: zie tabel 4.11.

Uit deze regressie-analyses kunnen de volgende conclusies getrokken worden. In twee gevallen kan een voor sociaal-wetenschappelijke begrippen groot deel van de variantie verklaard worden, namelijk bij de modellen 4.2a en 4.2d. Of verpleegkundigen en verzorg(st)ers godsdienst in hun werk een relevante factor vinden en of ze al of geen voorkeur hebben voor het bestaan van christelijke ziekenhuizen, kan - zo laat de hoogte van R^2 in die modellen zien - voor 41,9% respectievelijk 36,7% verklaard worden door de overige drie variabelen in het model. In de andere twee gevallen, namelijk waar het gaat om religieuze communicatie of bijbellezen met en voor patiënten of bewoners, ligt de verklaarde variantie een stuk lager: 21,5% respectievelijk 17,1%. Dat is zeker niet hoog te noemen, maar toch ook niet uitzonderlijk laag.

Toevoeging van de variabele 'religieuze interesse patiënt' leidt tot een hogere verklaarde variantie en daarmee tot een beter model. Dat geldt zeker in het geval van religieuze communicatie en bijbellezen (de modellen 4.2b en 4.2c), dus waar de patiënt zelf direct in het geding is. Maar ook bij de modellen 4.2a en 4.2d neemt de verklaarde variantie significant toe, wanneer de religieuze interesse van de patiënt in het model wordt opgenomen.

In de modellen 4.2b en 4.2c wordt een groter deel van de variantie verklaard door de religieuze interesse van de patiënt dan door de godsdienstigheid van het personeel. Of verpleegkundigen en verzorg(st)ers met patiënten en bewoners tot religieuze communicatie komen en of zij het zinvol vinden om voor hen uit de bijbel voor te lezen, is in de eerste plaats afhankelijk van de religieuze interesse van patiënten en bewoners; daarnaast speelt de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van het personeel een rol. Bij patiënten en bewoners ligt het initiatief, zo zou men kunnen zeggen, maar of de verpleegkundige daar iets mee kan en daarop ingaat, is mede afhankelijk van de eigen godsdienstige achtergrond en mogelijkheden van het personeel zelf.

In de modellen 4.2a en 4.2d ligt dat omgekeerd. Daar wordt de variantie in de afhankelijke variabele meer verklaard door de godsdienstigheid van het personeel dan door de religieuze interesse van de patiënt.

Direct en indirect effect van de christelijke identiteit

Wat is bij dit alles de betekenis van het ziekenhuis en zijn identiteit? In paragraaf 4.1 zagen we reeds dat de samenhangen van de identiteit met de vier afhankelijke variabelen redelijk tot groot genoemd konden worden. De regressie-analyses maken ons duidelijk dat de invloed van de identiteit vooral loopt via de godsdienstige achtergrond van personeel en patiënten. Bij de modellen 4.2b en 4.2d is zelfs alleen sprake van indirect effect. In ziekenhuizen met een sterker (christelijk) identiteitsprofiel is er meer religieuze communicatie tussen personeel en patiënten dan in ziekenhuizen met een zwakker identiteitsprofiel, omdat in de eerstgenoemde ziekenhuizen de kerkbetrokkenheid en godsdienstigheid van personeel en patiënten op een hoger niveau liggen dan in de laatstgenoemde ziekenhuizen, waardoor de omstandigheden om tot religieuze communicatie te komen voor de eerste gunstiger zijn. Evenzo is de voorkeur voor christelijke ziekenhuizen groter naarmate de

identiteit van het ziekenhuis sterker in christelijke zin geprofileerd is, omdat dan tegelijkertijd een groter deel van het personeel en van de patiënten kerkbetrokken en godsdienstig is, waardoor die voorkeur juist ondersteund wordt.

In de modellen 4.2a en 4.2c blijkt het effect van de identiteit voor een groot deel echter van directe aard te zijn, ook al is er in niet geringe mate tevens sprake van een indirect effect. Dat verpleegkundigen vaker te kennen geven dat ze godsdienst in een ziekenhuis een relevante zaak vinden, en dat ze bijbellezen voor patiënten vaker zinvol vinden naarmate ziekenhuizen hun christelijke identiteit sterker profileren, kan voor een deel verklaard worden door de kerkelijke en godsdienstige achtergrond van personeel en patiënten. Maar daarnaast is de samenhang tussen identiteit enerzijds en 'relevantie van de godsdienst' en 'bijbellezen' anderzijds voor een belangrijk deel van directe aard. Dit komt erop neer dat - ongeacht de kerkelijke en godsdienstige achtergrond van personeel en patiënten - de identiteit van het ziekenhuis van invloed is zowel op de mate waarin verplegenden en verzorgenden godsdienst een belangrijke factor vinden voor het werk in het ziekenhuis, als op de mate waarin ze het zinvol vinden om voor patiënten en bewoners uit de bijbel voor te lezen.

Hier is sprake van een onafhankelijk effect van de ziekenhuisorganisatie op de houdingen van het verplegend en verzorgend personeel. Kerkelijk betrokken personeel vindt godsdienst voor een ziekenhuis relevanter dan personeel dat minder kerkelijk of godsdienstig is, zo zagen we reeds in tabel 4.12. Maar dat zelfde kerkelijk betrokken personeel zal de relevantie van de godsdienst sterker onderkennen als men in een meer christelijk geprofileerd ziekenhuis werkt dan wanneer dat ziekenhuis zijn christelijke identiteit minder sterk profileert. En het zelfde geldt voor minder kerkelijk betrokken of onkerkelijk en minder godsdienstig personeel. Zij vinden godsdienst voor een ziekenhuis minder relevant dan hun kerkelijk betrokken collega's. Maar wanneer zij werkzaam zijn in ziekenhuizen met een sterker christelijk profiel, zullen zij godsdienst toch relevanter vinden dan hun onkerkelijke en minder godsdienstige collega's die werkzaam zijn in minder christelijk geprofileerde ziekenhuizen. En het zelfde kan gezegd worden met betrekking tot bijbellezen voor patiënten of bewoners.

Waar dit alles, uitgedrukt in percentages, op neerkomt, blijkt uit de tabellen 4.13a en 4.13b (voor de overzichtelijkheid zijn de variabelen hier gedichotomiseerd rond het schaalgemiddelde).

Tabel 4.13a: Percentage verplegenden en verzorgenden dat godsdienst in het werk in het ziekenhuis een relevante factor vindt, naar identiteit van het ziekenhuis en naar eigen kerkelijk-godsdienstige achtergrond

godsdienstigheid personeel	identiteit ziekenhuis		totaal
	hoog	laag	
hoog	80,8%	47,8%	69,5%
laag	32,1%	18,7%	25,5%
totaal	60,1%	30,8%	48,2%

Tabel 4.13b: Idem dat bijbellezen voor patiënten zinvol vindt

godsdienstigheid personeel	identiteit ziekenhuis		totaal
	hoog	laag	
hoog	83,4%	64,7%	77,2%
laag	55,2%	32,7%	44,0%
totaal	71,2%	45,9%	61,2%

De randpercentages in tabel 4.13a laten zien hoe groot het totale effect is van de identiteit van het ziekenhuis en van de kerkelijk-godsdienstige achtergrond van de verpleegkundige of verzorg(st)er zelf. De percentages in de cellen tonen dat beide variabelen elkaar versterken en onafhankelijk van elkaar effect hebben op de houding van het personeel. Is het personeel kerkelijk en godsdienstig, dan scoort bijna 70% hoger dan gemiddeld op de 'relevantie van de godsdienst'. Maar dan maakt het vervolgens nog veel uit, in wat voor soort ziekenhuis men werkt. Is dat in een ziekenhuis met een wat sterker identiteitsprofiel, dan scoort 80% hoger dan gemiddeld op de 'relevantie van de godsdienst', maar werkt men in een ziekenhuis met een zwakker identiteitsprofiel, dan zakt dat percentage naar 47,8%.

Ook als de eigen kerkbetrokkenheid en godsdienstigheid aan de lage kant is, blijft de identiteit van het ziekenhuis van belang. Is die identiteit zwak ontwikkeld, dan reikt de score op de 'relevantie van de godsdienst' niet verder dan 18,7%, maar zij neemt toe tot 32,1% als de identiteit van het ziekenhuis sterker dan gemiddeld is. Bij lezing van boven naar beneden ziet men het effect van de kerkelijk-godsdienstige achtergrond (binnen eenzelfde identiteitssterkte van het ziekenhuis).

Het zelfde geldt voor bijbellezen voor patiënten (zie tabel 4.13b). De identiteit van het ziekenhuis heeft met andere woorden effect op het gedrag en de houdingen van het personeel, omdat men door zijn identiteit bepaalde

categorieën personeelsleden aantrekt en andere afstoot. Maar ook buiten dat heeft de identiteit effect, zowel op de kerkelijk-godsdienstig wat meer betrokken als op de wat minder betrokken personeelsleden. Het meest duidelijk wordt dat als men de linkerbovencellen met de rechterondercellen in de tabellen 4.13a en 4.13b met elkaar vergelijkt. Dat blijkt verschillen op te leveren van zo'n 50 à 60 procentpunten. De identiteit van het ziekenhuis is met andere woorden niet iets dat alleen de organisatie of het beleid van de organisatie kenmerkt, maar werkt door tot in de houdingen en het gedrag van het verplegend en verzorgend personeel.

5. Samenvatting en conclusies

Secularisatie en ontzuiling

De moderne samenleving is een gesecculariseerde samenleving. Men bedoelt daarmee aan te geven, dat de godsdienst geen of althans steeds minder invloed heeft in de diverse sectoren van het maatschappelijk leven. Zij is niet meer het overkoepelend zingevingssysteem van weleer, maar een subsysteem naast de andere subsystemen geworden. Hoe het er in de politiek, in het onderwijs, in de economie en in de gezondheidszorg aan toe gaat, wordt niet meer zoals vroeger door de godsdienst bepaald, maar door de innerlijke logica en de doeleinden van die afzonderlijke sectoren zelf. De godsdienst is of wordt irrelevant voor de werking van het sociaal systeem (Wilson) en voor de diverse institutionele contexten buiten de privé-sfeer (Berger). Bijgevolg wordt haar reikwijdte beperkt tot het privé-domein (Dekker); ze raakt geprivatiseerd.

De oorsprong van dat proces ligt in het verre verleden. Zo zagen we dat de geneeskunde zich al bij de Grieken ten tijde van Hippocrates begon te onttrekken aan de godsdienst. Toch zou het tot in de moderne tijd duren, voordat de reguliere geneeskunde zich definitief zou losmaken van de godsdienst. Evenzo hebben de andere maatschappelijke sectoren zich verzelfstandigd ten opzichte van de godsdienst. Dat proces is weliswaar nog niet afgerond, maar is vooral sinds de Verlichting in een stroomversnelling terechtgekomen.

Deze maatschappelijke ontwikkelingen zijn niet zonder gevolgen gebleven voor het individu. Dat slaagt er steeds minder in zijn godsdienstig zingevingssysteem te betrekken op zijn denken, voelen en handelen in de niet-religieuze sfeer (Schreuder, 1989b: 13). Ook hier kan men spreken van privatisering van de godsdienst; de reikwijdte ervan blijft beperkt tot het persoonlijk leven en men slaagt er steeds minder in geloof en kerk te relateren aan het maatschappelijk leven.

Op zich hoeft dat nog niet te betekenen dat het geloof in een transcendente werkelijkheid vermindert of dat de binding aan kerkgenootschappen of kerkelijke groeperingen afneemt. De dalende kerkbetrokkenheid en de geringere acceptatie van verschillende geloofsopvattingen, die men allereerst kan constateren (Becker en Vink, 1994), leiden er echter toe dat velen een causale relatie veronderstellen tussen de secularisatie van de samenleving en die van het individu. Anderen ontkennen of betwijfelen evenwel dat er een directe relatie tussen beide bestaat.

Enkele decennia geleden waren christelijke organisaties, waaronder ziekenhuizen, een vanzelfsprekend verschijnsel in de Nederlandse samenleving. Sinds de jaren zestig heeft de ontzuiling echter om zich heen gegrepen en zijn vele van die christelijke organisaties verdwenen. Omdat ontzuiling erop neer komt dat de invloed van de godsdienst in de diverse maatschappelijke sectoren vermindert, ziet men daar een indicatie in voor de toenemende secularisatie.

Maar ook wanneer er geen sprake is van ontzuiling en christelijke organisa-

ties blijven bestaan, dan betekent dat nog niet dat er geen secularisatie zou zijn. Dobbelaere (1988: 29-33; 1979: 46-49; 1982b: 136-138) wijst er bijvoorbeeld op, dat in de Belgische situatie de zuilen zijn blijven bestaan, maar dat er desondanks sprake is van secularisatie, omdat de godsdienst is geprivatiseerd, en wel in tweevoudige zin. Voor het personeel in de diverse organisaties is de godsdienst namelijk tot privé-zaak verklaard, irrelevant voor het werk in die organisatie. Bijgevolg wordt in sollicitatiegesprekken niet gevraagd naar de kerkelijke betrokkenheid van de sollicitant. En waar de godsdienst een eigen plaats heeft gekregen binnen de organisatie, zoals in een pastorale dienst in een ziekenhuis, richt hij zich op de individuele zieke; het privé-domein is met andere woorden zijn terrein en niet het medisch of verpleegkundig handelen van de 'professionals'.

Grondslag en identiteit van de ziekenhuisorganisatie

Hoe staan de zaken er bij de protestants-christelijke ziekenhuizen in Nederland nu voor? In de afgelopen decennia is het aantal christelijke ziekenhuizen afgenomen. Schnabel en Delnooz (1983) stelden dat vast voor de geestelijke gezondheidszorg en de zwakzinnigenzorg. Immers, van de 90 instellingen in hun onderzoek, die in 1960 nog protestants-christelijk waren, is anno 1983 20% dat niet meer. Dat wil niet zeggen dat al die instellingen volgens de statuten niet-confessioneel zijn geworden. Dat is slechts bij een minderheid gebeurd; de meeste hebben namelijk een algemeen-christelijke grondslag aangenomen. Overigens zijn de veranderingen aan katholieke kant veel groter geweest.

Wat ons eigen onderzoek betreft, daaruit bleek dat bijna de helft van de ziekenhuizen in de loop van de tijd een verandering in grondslag heeft ondergaan. Dat betrof dan altijd een verandering van 'links naar rechts' op een continuüm lopend van specifiek hervormd of gereformeerd aan de linkerkant via protestants-christelijk en algemeen-christelijk naar neutraal aan de rechterkant; een verandering in omgekeerde richting werd niet aangetroffen. Fusies waren er tot het moment van onderzoek alleen nog voorgekomen in algemene ziekenhuizen. Weliswaar leidden niet alle fusies tot deconfessionalisering, maar voorzover ziekenhuizen een niet-confessionele of neutrale grondslag hadden aangenomen, was dat tot dan toe altijd het gevolg van een fusie met een ziekenhuis dat al een neutrale grondslag had.

De tendens is er dus een van secularisering. Daarnaast geldt echter ook dat het tempo daarvan in het ziekenhuiswezen en bij de protestanten veel geringer is dan in andere sectoren van de samenleving en dan bij katholieke ziekenhuizen het geval is. Een substantieel deel van de ziekenhuizen weet dus vooralsnog een christelijke grondslag te handhaven. Dat geldt ook in materieel opzicht, dat wil zeggen voor de wijze waarop de ziekenhuizen in hun beleid en op organisatieniveau aan de christelijke identiteit gestalte geven.

Werving en selectie

Zo blijkt uit de personeelsadvertenties van bijna alle CVZ-ziekenhuizen (een

vijftal uitgezonderd) dat het om een christelijk ziekenhuis gaat; 40% van de ziekenhuizen laat dat ook blijken uit de formulering van de functie-eisen. Ook bij het sollicitatiegesprek wordt, met uitzondering van vier ziekenhuizen, op een of andere wijze het christelijke karakter van de instelling ter sprake gebracht. Daarbij gaat 44% niet verder dan dat men respect vraagt voor de christelijke identiteit van het huis; 51% formuleert echter expliciete verwachtingen ter nadere invulling van die identiteit.

De kerkelijke achtergrond van de sollicitant is een apart punt van aandacht. Katholieken zijn voor 75% van de ziekenhuizen zonder meer acceptabel, voor twee ziekenhuizen niet acceptabel en voor de overige onder bepaalde voorwaarden. Sollicitanten die anti-kerkelijk blijken te zijn, zijn echter veel minder welkom; voor twee op de drie ziekenhuizen zijn zij zonder meer onacceptabel. Een tussenpositie wordt ingenomen door degenen die buitenkerkelijk zijn; deze wijst men niet zonder meer af, maar veel vaker dan bij de andere groeperingen stelt men voorwaarden in de sfeer van het respecteren van het christelijke karakter van het huis of van de kerkelijke achtergrond van bewoners en patiënten. Een groot deel van de ziekenhuizen stelt overigens ook ten aanzien van streng orthodox-protestantse sollicitanten voorwaarden; die liggen dan in de sfeer van zich invoegen in de gang van zaken in het ziekenhuis en anderszins opvattingen respecteren.

In al deze aspecten van werving en selectie vertonen de ziekenhuizen een tamelijk consistent patroon. Er is immers een sterke samenhang tussen de wijze waarop men zich in personeelsadvertenties profileert als een christelijk ziekenhuis, de verwachtingen die men aan toekomstige verpleegkundigen in het sollicitatiegesprek stelt en de mate waarin de kerkelijke achtergrond een selectie criterium is bij het aantrekken van personeel. Overigens worden dergelijke verwachtingen niet alleen aan sollicitanten gesteld; drie op de vier ziekenhuizen geeft namelijk te kennen dat van het verplegend en verzorgend personeel in zijn algemeenheid verwacht mag worden dat het een positieve bijdrage levert aan de pastorale zorg voor of godsdienstige begeleiding van patiënten en bewoners.

Opleiding en vorming

Ook door de opleiding en de verdere vorming van het eigen personeel kunnen ziekenhuizen zich meer of minder profileren als een christelijk ziekenhuis. Voorzover ze een 'in-service opleiding' hebben, heeft 66% van de CVZ-ziekenhuizen deze in eigen beheer of tezamen met een ander protestants-christelijk ziekenhuis; 34% heeft zo'n opleiding in een combinatie waarvan minstens een katholiek of niet-confessioneel ziekenhuis deel uitmaakt.

Ogenschoijnlijk lijkt deze bevinding onbelangrijk, maar ze werkt door in andere kenmerken van de opleiding. In drie op de vier ziekenhuizen staat het vak 'levensbeschouwelijke vorming', overigens onder verschillende benamingen, gedurende (praktisch) de gehele opleidingstijd op het rooster. Er wordt aan dat vak echter minder aandacht besteed, wanneer men de opleiding tezamen met een katholiek of een niet-confessioneel ziekenhuis heeft. En in

dat geval is ook de inhoud wat anders, in die zin dat de bijbel dan minder expliciet aan de orde komt.

Wat de verdere vorming betreft, constateerden we het volgende. In 34% van de ziekenhuizen zijn er in de laatste drie jaar voorafgaand aan ons onderzoek voor gediplomeerden cursussen of avonden georganiseerd over levensbeschouwelijke onderwerpen. In diezelfde tijd zijn er in acht op de tien ziekenhuizen gesprekken gehouden over de christelijke signatuur; in 64% van alle instellingen werd daarbij ook het personeel (of geledingen daaruit) ingeschakeld. In 23% van de ziekenhuizen bestaan bijbel- of gespreksgroepen van personeelsleden en in 64% van alle huizen wordt het verplegend en verzorgend personeel door een pastor of predikant of door het afdelingshoofd nader geïnstrueerd of begeleid ten dienste van de pastorale zorg voor of godsdienstige begeleiding van patiënten of bewoners. De wijze waarop de ziekenhuizen zich door middel van deze verschillende opleidings- en vormingsaspecten profileren als een christelijk ziekenhuis, spoort positief met hun beleid inzake werving en selectie.

Rituelen in het ziekenhuis en op de afdeling

Een andere mogelijkheid om aan de christelijke identiteit gestalte te geven, zijn de kerkelijk-godsdienstige rituelen. Daarmee bleek het volgende uit ons onderzoek. Een wekelijkse kerkdienst komt in 86% van de ziekenhuizen voor, aan Kerstmis én Pasen wordt in 87% van de instellingen aandacht besteed en in 71% van de ziekenhuizen wordt over het algemeen stilte in acht genomen voor bidden en danken voor de maaltijd. In de helft van de ziekenhuizen komen minstens wekelijks specifieke diensten zoals een ochtendwijding of een middagdienst voor, in 32% van de gevallen zelfs (bijna) dagelijks. In een kwart van de ziekenhuizen wordt (bijna) dagelijks uit de bijbel gelezen en 45% geeft aan dat dat soms gebeurt of per afdeling nogal verschilt.

Van deze vijf rituelen hangen alleen de twee 'afdelingsrituelen' (bijbellezen en stilte voor bidden en danken) positief samen met het beleid inzake werving en selectie. Ze komen met andere woorden vaker voor naarmate ziekenhuizen zich ook bij de werving en selectie van het personeel profileren als een christelijk ziekenhuis, of omgekeerd: als ze tot de gebruikelijke kenmerken van het ziekenhuis behoren, legt zo'n ziekenhuis ook bij werving en selectie meer nadruk op zijn christelijke identiteit. Een dergelijke samenhang bestond er niet inzake de overige kerkelijk-godsdienstige rituelen.

Bestuur en directie: vertolkers van de identiteit

In elke organisatie wordt van het bestuur en de directie verwacht dat ze het cultureel eigene (i.e. de identiteit) en de doeleinden van de organisatie waarborgen, vertolken en stimuleren. In christelijke ziekenhuizen is dat niet anders. Zo geeft 80% van de ziekenhuizen in het sollicitatiegesprek met directiekandidaten te kennen dat ze van de directie meer verwachten dan louter respect voor de christelijke signatuur, veel vaker dus dan in de sollicitatiegesprekken met verplegenden en verzorgenden. Men verwacht op een of andere

manier een actieve opstelling ten gunste van die identiteit.

Het effect daarvan blijft niet uit; immers, tezamen met de predikant(en) worden directie en bestuur, meer dan de andere personeelscategorieën, gezien als voorstanders van de christelijke signatuur. En wat de toekomst betreft, voorzover het aan het bestuur en de directie ligt, zullen twee op de drie ziekenhuizen over tien jaar zeker nog een christelijke signatuur hebben. Niet alleen naar de eigen organisatie toe, maar ook naar buiten vertolkt de directie de identiteit; voor vijf op de zes ziekenhuizen geldt dat althans, voor 28% zelfs in sterke mate.

Consistent beleid inzake identiteit

Al deze hierboven besproken zaken, namelijk de werving en selectie van personeel, de opleiding van leerling-verpleegkundigen en -verzorgenden en de verdere vorming van gediplomeerden, de mate waarin en de wijze waarop kerkelijk-godsdienstige rituelen voorkomen en de (verwachte) betrokkenheid van directie en bestuur bij de christelijke identiteit, hangen sterk samen. De ziekenhuizen laten met andere woorden een consistent beleid en een consistente handelwijze zien. Als gevolg daarvan kunnen de CVZ-ziekenhuizen op grond van al deze indicatoren gerangschikt worden naar de mate van christelijke identiteit die zij vertonen. En verpleeghuizen, maar ook zwakzinnigen-inrichtingen vertonen die identiteit in sterkere mate dan algemene ziekenhuizen en zeker dan psychiatrische ziekenhuizen. Hoe sterk die identiteit is, is moeilijk in absolute termen weer te geven; het gaat immers om een relatieve maatstaf. En of die identiteit in de loop der jaren is afgenomen, kan op grond van een momentopname niet geconcludeerd worden. Er zijn overigens goede redenen zulks te veronderstellen.

Dat houdt echter niet in dat de christelijke identiteit verdwenen is. Immers, de scores van de CVZ-ziekenhuizen op een grote verscheidenheid aan indicatoren zijn dusdanig dat ze een dergelijke conclusie niet rechtvaardigen. Voor deze ziekenhuizen is de christelijke godsdienst dus zeker geen irrelevante factor. Juist van verplegenden en verzorgenden wordt in hun werk in dit opzicht een bepaalde houding en bepaalde gedragingen verwacht; en de selectie en opleiding van het personeel wordt in overeenstemming daarmee ingericht.

Anders dan Dobbelaere voor de Belgische zuilen in het algemeen constateert, is de godsdienst in de CVZ-ziekenhuizen niet geprivatiseerd, niet tot een privé-zaak verklaard die voor het werk in de organisatie irrelevant is. In niet-confessionele ziekenhuizen mag dat wellicht het geval zijn, in confessionele ziekenhuizen, minstens voorzover ze tot de protestantse sector behoren, staan de zaken er anders voor dan de privatiseringsthese veronderstelt.

De betekenis van statuten

De CVZ-ziekenhuizen die aan het onderzoek hebben meegedaan, zijn allemaal confessionele ziekenhuizen. Men kan ze echter naar hun grondslag in twee groepen verdelen: protestants-christelijke en algemeen-christelijke. En dat

onderscheid is niet onbelangrijk. Er is namelijk samenhang tussen de grondslag en de identiteit; protestants-christelijke ziekenhuizen worden in sterkere mate gekenmerkt door de christelijke identiteit zoals door ons geïndiceerd en gemeten, dan algemeen-christelijke ziekenhuizen.

Die algemeen-christelijke ziekenhuizen zijn in een eerder stadium bijna allemaal protestants-christelijk geweest. Of hun identiteit nu is veranderd omdat ze algemeen-christelijk zijn geworden, of dat het omgekeerde is gebeurd, is niet meer na te gaan. Beide zullen waarschijnlijk zijn voorgekomen. Maar men kan daaruit wel concluderen, dat een wijziging van statuten niet zonder betekenis is. En als dat zelfs al geldt voor een wijziging van protestants-christelijk in algemeen-christelijk, hoeveel te meer zal dat dan wel niet opgaan voor een verandering van 'christelijk' in 'niet-christelijk'?

Toch worden statutenwijzigingen soms gebagatelliseerd. Het zou dan slechts gaan om iets louter formeels, terwijl het 'toch eigenlijk om de inhoud gaat'. Uit de door ons geconstateerde samenhang kan echter geconcludeerd worden, dat het formele niet 'louter formeel' is, maar zich in het algemeen vertaalt in (of een vertaling is van) iets inhoudelijks. De structurele setting heeft met andere woorden wel degelijk culturele implicaties. Anderzijds geldt ook dat elke cultuur, ook de christelijke, een structurele inbedding behoeft om zich te kunnen realiseren. Niet dat die structuur daarmee voldoende zou zijn; ze is echter wel noodzakelijk. Voor christelijke ziekenhuizen betekent dat aan de ene kant, dat men de grondslag niet zal moeten veronachtzamen, maar haar aan de andere kant ook niet als einddoel kan opvatten.

We constateerden hierboven dat algemeen-christelijke ziekenhuizen in mindere mate gekenmerkt worden door een christelijke identiteit dan protestants-christelijke ziekenhuizen. Wat mag daar de reden van zijn? Het antwoord op die vraag is minstens voor een deel daarin gelegen, dat algemeen-christelijke ziekenhuizen onder andere ontstaan zijn uit fusies tussen katholieke en protestantse ziekenhuizen. Nu constateerde Schreuder op grond van onderzoek halverwege de jaren tachtig dat de Nederlandse katholieken tussen protestanten en onkerkelijken in staan. Ze 'zijn de minst gelovige en minst kerkgebonden christenen van Nederland, en zij vertonen de grootste ontvankelijkheid voor binnenwereldlijke, scepticistische en agnosticistische standpunten' (Schreuder, 1989a: 78). Wij constateerden in ons onderzoek iets dergelijks, waaraan nog kan worden toegevoegd, dat katholieken soms meer overeenkomst vertoonden met onkerkelijken dan met hun protestantse geloofsgenoten. Onder die omstandigheden kan het haast niet anders dan dat een fusie tussen een katholieke en een protestants-christelijk ziekenhuis niet alleen neerkomt op verzwakking van de *protestants*-christelijke identiteit, maar van de christelijke identiteit zonder meer.

Betekenis van de godsdienst voor verplegenden en verzorgenden

In CVZ-ziekenhuizen is de christelijke godsdienst een relevante factor, althans waar het om het (beleid op) organisatieniveau gaat. Die conclusie is een

andere dan de privatiseringsthese stelt, namelijk dat de godsdienst irrelevant is voor de diverse institutionele contexten buiten de privé-sfeer (Berger) of dat haar reikwijdte beperkt wordt tot het privé-domein (Dekker). Maar ook wanneer we onze aandacht richten op de individuele werkers in die ziekenhuizen, namelijk de verplegenden en verzorgenden, blijkt de godsdienst in hun opvattingen en gedragingen een zekere relevantie te bezitten. We verwijzen daarvoor naar de volgende bevindingen.

Geloof en godsdienst worden voor het werk in het ziekenhuis over het algemeen veel vaker als 'belangrijk' aangemerkt dan als 'niet zo belangrijk'¹; met name als de relatie met patiënten en bewoners daarbij in het geding is, is men geneigd aan de godsdienst relevantie toe te kennen. Twee van de drie verplegenden en verzorgenden praten met patiënten of bewoners wel eens na over de kerkdienst of over een bijbelverhaal. Zestig procent vindt het zinvol om voor patiënten uit de bijbel voor te lezen en 80% vindt dat er in Nederland christelijke ziekenhuizen moeten blijven bestaan en is er geen voorstander van dat ze verdwijnen. Hoe men over deze items afzonderlijk ook moge denken, wanneer men ze tezamen neemt, wordt het moeilijk staande te houden dat verplegenden en verzorgenden de godsdienst voor het werk op de afdelingen een irrelevante factor zouden vinden.

Andermaal dient de privatiseringsthese gerelativeerd te worden. Reeds eerder kwamen Peters (1985) en Verweij en Halman (1994: 230) tot soortgelijke conclusies omtrent de relevantie van de godsdienst voor het politieke domein. Met name Peters (1985: 126) liet weinig aan duidelijkheid te wensen over: 'In Nederland (...) is de religieuze factor uitermate relevant voor de politieke beslissingen en het politieke zelfbeeld van mensen'. Het wordt inderdaad tijd om, zoals Felling, Peters en Schreuder (1986: 117) concludeerden, op te houden 'alsmaar te spreken over de irrelevantie van de traditionele religie in de moderne samenleving, zoals we er evenzeer vanaf moeten zien de invloed van de traditionele religie tot de privé sfeer te beperken'.

Verklarende factoren

Vervolgens hebben we geconstateerd dat de mate waarin verplegenden en verzorgenden godsdienst van betekenis of zinvol voor het werk achten, van een drietal factoren afhankelijk is: van de eigen kerkelijk-godsdienstige betrokkenheid, die van de patiënten of bewoners en van de identiteit van het ziekenhuis. Dat kerkelijke en gelovige personeelsleden aan de godsdienst in het werk meer betekenis toekennen dan wanneer men onkerkelijk of ongelovig is, zal weinig verrassend zijn. Het is echter niet alleen de eigen kerkelijk-godsdienstige betrokkenheid die van invloed is, maar ook de context waarin men verkeert, namelijk de houding van de patiënten in religiosis en de wijze waarop het ziekenhuis gestalte geeft aan de christelijke identiteit.

De invloed van de identiteit van de ziekenhuisorganisatie is voor een deel

1 De gemiddelde score bedraagt 2,1 op een vierpuntsschaal die loopt van 'erg belangrijk' (= 1) tot 'onbelangrijk' (= 4).

van indirecte aard; ziekenhuizen die zich profileren als een christelijk ziekenhuis, hebben verhoudingsgewijs namelijk meer patiënten en personeelsleden die kerkelijk-godsdienstig betrokken zijn dan ziekenhuizen die zich niet als zodanig profileren en hebben daardoor ook meer verplegenden en verzorgenden die de godsdienst in het werk een betekenisvolle factor vinden dan de andere ziekenhuizen. Maar de invloed van de identiteit is voor een deel ook van directe aard; immers, ongeacht de eigen kerkelijk-godsdienstige betrokkenheid en die van patiënten achten verplegenden en verzorgenden in ziekenhuizen die zich profileren als een christelijk ziekenhuis, de godsdienst van meer betekenis voor het werk dan zij die werkzaam zijn in ziekenhuizen die zich in dat opzicht minder profileren (zie de tabellen 4.13a en 4.13b).

Instrumenten voor strategisch beleid

Dat de identiteit van het ziekenhuis en het beleid dat men daaromtrent voert, direct en indirect doorwerkt in de opvattingen en gedragingen van het verplegend en verzorgend personeel, is een belangrijke constatering. De invloed die de organisatie in dit opzicht heeft, wordt namelijk niet allerwegen onderkend. De betekenis van de godsdienst moet, zo kan men dan horen, blijken uit de dagelijkse omgang tussen verpleegkundige en patiënt; het gaat niet om de organisatie. Of ook: wat met geloof en godsdienst te maken heeft, is een persoonlijke aangelegenheid; dat onttrekt zich aan de invloed van structuren. Een theologische variant daarvan is, dat geloof genade is en niet van mensen afhankelijk is. Uiteraard gaat het niet om de organisatie op zich en kan men ook niet om de individuele vrijheid heen. Maar dat is nog wat anders dan dat de organisatie geen invloed zou hebben. Uit ons onderzoek blijkt dat ze die wel degelijk heeft, ook al is de omvang daarvan beperkt en zeker niet allesbepalend. Maar juist omdat de organisatie invloed heeft, beschikt men over een instrument om - ook al is het maar ten dele - de godsdienst in het werk op de afdelingen gestalte te geven.

Hetzelfde geldt voor de kerkelijk-godsdienstige betrokkenheid van het personeel. Daar kan men invloed op uitoefenen door een gericht wervings- en selectiebeleid te voeren. En we hebben gezien dat ziekenhuizen die hun identiteit profileren, daarin - ook al is dat maar in zekere mate - succesvol zijn. Een dergelijk wervingsbeleid is er niet inzake de aanname van patiënten of bewoners, maar het algehele beleid inzake de identiteit heeft wél een zekere aantrekkingskracht op kerkbetrokken patiënten. Het is uiteraard een keuze, of men wel of niet streeft naar een betekenisvolle aanwezigheid van de godsdienst in het dagelijkse werk op de afdelingen. Maar als men daarvoor kiest, dan heeft men in de selectie van het personeel en in de nadere invulling van de identiteit op het niveau van de ziekenhuisorganisatie een tweetal instrumenten in handen om daar zelf invloed op uit te oefenen.

Godsdienst tussen individu en context

Als men persoonlijk meer bij kerk en godsdienst betrokken is, dan komt dat ook tot uiting in de plaats die men de godsdienst in het werk toekent; men

komt dan vaker tot religieuze communicatie met patiënten, vindt het zinvoller om voor patiënten uit de bijbel voor te lezen, vindt vaker dat de godsdienst voor het werk in het ziekenhuis belangrijk is en hecht er meer aan dat christelijke ziekenhuizen blijven bestaan. Een soortgelijke relatie vond Zondag (1993: 109) voor het onderwijs: 'Onderwijsgeveden die kerkelijker zijn hebben meer waardering voor het godsdienstonderwijs (...) en bidden vaker klassikaal'. De eigen religiositeit vertaalt zich met andere woorden naar de praktijk toe.

Maar zij doet dat meer of minder, afhankelijk van de context. In ons onderzoek wordt die context gevormd door de patiënten en door (de identiteit van) het ziekenhuis. Zo verloopt religieuze communicatie gemakkelijker en vanzelfsprekender als patiënten daarin geïnteresseerd zijn en als dat bij allerlei andere gelegenheden in het ziekenhuis gewoon blijkt te zijn.

De context is met andere woorden meer of minder stimulerend of belemmerend. Godsdienst is veel minder een louter individuele aangelegenheid dan men wel veronderstelt. Zij verschilt daarin overigens niet van andere cultuuruitingen; ook in politieke opvattingen bijvoorbeeld zijn wij in hoge mate afhankelijk van de opvattingen van anderen om ons heen. Maar met name godsdienstige opvattingen behoeven sociale ondersteuning, omdat zij 'door hun aard zelf niet ondersteund kunnen worden door onze eigen zintuiglijke ervaring' (Berger, 1969b: 50). Omdat er met andere woorden geen empirische basis bestaat voor de evidentie van het geloof, is het voor zijn bestaan afhankelijk van een sociale basis. Men kan daar bij de vormgeving van welke godsdienst dan ook niet ongestraft aan voorbij gaan.

Toekomst

In paragraaf 1.6 stelden wij dat het (voort)bestaan van christelijke organisaties afhankelijk is van een drietal factoren. De eerste betrof de juridische en financiële randvoorwaarden van de kant van de staat; men moet dan denken aan de wettelijke mogelijkheden om organisaties op te richten en aan de financiële speelruimte die de overheid biedt. Als tweede factor wezen we op de kwantiteit en kwaliteit van onderscheiden religieuze groeperingen. En de derde factor was de mate van affiniteit van de betreffende maatschappelijke sector met de levensbeschouwelijke problematiek; en die affiniteit werd, zo zagen we, op de terreinen van onderwijs, gezondheidszorg, en informatieverstrekking groter geacht dan op andere terreinen.

Wat de gezondheidszorg betreft, kunnen we dat nog specificeren. We veronderstelden (paragraaf 2.1.1) en constateerden (paragraaf 3.4.2) een verschil in affiniteit met de godsdienst in enerzijds verpleeghuizen en instellingen voor zwakzinnigenzorg en anderzijds algemene ziekenhuizen (en psychiatrische ziekenhuizen). De reden daarvoor zagen we daarin, dat de medische rationaliteit, volgens McGuire (1985) een van de kenmerken van de secularisatie van de gezondheidszorg, in algemene ziekenhuizen veel verder was doorgedrongen dan in verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen. En we wezen erop, dat parallel daaraan het accent in algemene ziekenhuizen verhoudingsgewijs sterker ligt op behandeling van een ziekte en dat men er spreekt

van 'patiënten', terwijl het accent in verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen meer gelegd wordt op verzorging van een zieke, die men doorgaans 'bewoner' noemt.

De veranderingen in het ledenbestand van de CVZ in de afgelopen 15 jaar zijn in dit verband significant². Het aantal algemene ziekenhuizen dat bij de CVZ is aangesloten, is in die tijd gehalveerd. Voor het grootste deel is dat het gevolg van fusies met niet-confessionele ziekenhuizen, die daarin resulteerden dat het nieuw te vormen ziekenhuis een 'neutrale' grondslag kreeg. Wat dat betreft heeft de tendens die wij in paragraaf 3.2 reeds constateerden, namelijk een toenemend aantal fusies met niet-confessionele ziekenhuizen, zich doorgezet. Daarnaast hebben enkele algemene ziekenhuizen zonder externe redenen, zoals een fusie, hun lidmaatschap van de CVZ beëindigd. Daarentegen zijn alle twintig verpleeghuizen van 15 jaar geleden onveranderd lid gebleven en is hun aantal zelfs met de helft toegenomen. In de sector van de zwakzinnigenzorg hebben twee instellingen hun lidmaatschap opgezegd, maar zijn er ook drie nieuwe leden bijgekomen. Voor wat de psychiatrische ziekenhuizen betreft, zijn er wat meer veranderingen, zij het weer minder dan bij de algemene ziekenhuizen: zes ziekenhuizen hebben hun lidmaatschap opgezegd, twee nieuwe zijn erbij gekomen.

Door al deze veranderingen verschuift de CVZ per saldo van een vereniging van ziekenhuizen met het accent op behandeling in de richting van ziekenhuizen met het accent op verzorging. Die verschuiving is mede het gevolg van het overheidsbeleid inzake concentratie van vooral algemene ziekenhuizen, maar sluit anderzijds ook aan bij de grotere affiniteit van godsdienst en levensbeschouwing met de verzorging en verpleging van zieken dan met een medisch-technische behandeling van patiënten met wie een functionele relatie volstaat. Wanneer men zich de betrokkenheid van het (vroeg-)middeleeuwse christendom bij de ziekenzorg en haar gelijktijdige distantie ten opzichte van de geneeskunde realiseert (zie paragraaf 1.3), wordt men bij alle verschillen die er zijn, ook getroffen door de overeenkomst met de huidige tijd.

Naast de hierboven genoemde factoren is de toekomst van het christelijk ziekenhuis mede afhankelijk van de ontwikkelingen in kerkelijk-godsdienstige betrokkenheid zowel bij het personeel als bij patiënten. Bij verdere toename van de onkerkelijkheid moet verwacht worden dat steeds minder patiënten zich om godsdienstige redenen tot een christelijk ziekenhuis voelen aangetrokken. Bovendien zal het voor de ziekenhuizen dan steeds moeilijker worden om kerkbetrokken personeel te vinden. En toch zijn dat de ontwikkelingen die voorspeld worden. Becker en Vink (1994: 72 e.v.) voorspellen een toenemende onkerkelijkheid, vooral ten koste van hervormden en gereformeerden, en een toenemende onkerksheid, vooral ten koste van de katholieken.

2 Met dank aan de CVZ, die ons inzage gaf in de ledenlijst van 1997.

Wat de geloofsopvattingen betreft, wagen zij zich niet aan voorspellingen. Felling en Peters (1988) hebben daaromtrent aangetoond, dat de afname van de godsdienstigheid zich bij de katholieken in de jaren zestig en zeventig in een veel sneller tempo heeft voltrokken dan bij de hervormden en gereformeerden; per saldo waren de katholieken in 1979 van deze drie de minst gelovige groep. In de jaren tachtig heeft die afname zich voortgezet, maar de tempoverschillen tussen de drie genoemde denominaties waren nagenoeg verdwenen. Als de ontwikkelingen zich bij de katholieken zo doorzetten - en omdat de jongere generaties katholieken op bijna alle punten duidelijk minder godsdienstig zijn dan de oudere generaties, acht Peters (1993) dat niet uitgesloten - kan 'het kritische punt bereikt worden dat men zich (...) zou kunnen afvragen of de godsdienstige identiteit van de katholieken nog als christelijk kan worden beschouwd of dat zij reeds tot iets anders is geworden' (Peters, 1993: 47). Ook Schreuder (1989a: 84) houdt een dergelijke ontwikkeling heel wel voor mogelijk: 'Er bestaat nog een "katholiek Nederland", maar hoe lang nog?' En het moge duidelijk zijn: als het assimilatieproces van de Nederlandse katholieken zover is voortgeschreden dat er geen 'katholiek Nederland' meer bestaat, dan is er voor katholieke ziekenhuizen of katholieke scholen geen reden van bestaan meer.

Ook aan protestantse kant is er afname van godsdienstigheid, maar het niveau daarvan ligt toch nog veel hoger dan bij de katholieken, zeker bij de gereformeerden. Hun identiteit is nog duidelijk christelijk. Meer nog dan de katholieken onderscheiden zij zich van de rest van de Nederlandse bevolking. Op grond daarvan mag verwacht worden dat er bij hen meer behoefte is aan eigen ziekenhuizen en scholen dan bij katholieken. Het probleem aan protestantse kant is veel meer hun kwantitatieve omvang, die volgens Becker en Vink (1994: 72) sterker zal afnemen dan die van de katholieken, in samenhang met het feit dat de protestanten nagenoeg nergens meer in een meerderheidspositie verkeren (Doorn en Bommeljé, 1987: 74-75). Dat knelt des te meer, naarmate de overheid in verband met bekostiging strengere eisen stelt inzake het minimaal vereiste aantal ziekenhuisbedden of, in het geval van scholen, het minimale aantal leerlingen.

Identiteitsgevoelige organisaties, zoals ziekenhuizen en scholen, zijn voor hun (voort)bestaan zeker afhankelijk van de kwantiteit van hun aanhang. Maar daarnaast blijft de kwaliteit van belang, zowel de kwaliteit van de religieuze groepering, als van de organisatie. Hoe meer het eigene van een religieuze groepering verschilt van die van andere, des te groter zal op bepaalde maatschappelijke terreinen de behoefte zijn aan eigen organisaties. En zolang organisaties door middel van hun identiteit daarbij aansluiten, zolang zijn ze aantrekkelijk voor die betreffende religieuze groepering. In een pluralistische situatie, waardoor onze maatschappij in godsdienstig opzicht thans gekenmerkt wordt, kan het niet anders dan dat confessionele organisaties, voorzover het althans om hun confessionele identiteit gaat, slechts relevant zijn voor een beperkt deel van het publiek. Maar voor dat deel zijn ze dan wél relevant.

Summary

This thesis is about the relevance of religion in Christian hospitals. Some decades ago, when pillarization (denominational segregation) reigned unchallenged, Christian organizations, including hospitals, existed as a matter of course. However since the sixties depillarization has spread rapidly and many of those Christian organizations disappeared. The social structure is less determined by religion nowadays.

It is said that modern society is a secularized society. People mean to say that religion has no or rather a decreasing influence on the different sectors of society. Religion is not the overarching meaning-giving system that it used to be, however it has become one of many sub-systems. The way things used to be dictated by religion in politics, education and health care has made place for an intrinsic logical approach by the different sectors themselves. This doesn't have to mean that religion will disappear, it rather means that its influence and meaning remains limited to the private domain; religion is being privatized. It will become irrelevant for the several institutional contexts outside the private sphere, according to Berger (1969a), one of the spokesmen of the secularization theory.

Thus have some essential elements of the secularization theory been pointed out in short. A more extensive description is to be found in chapter 1. For the plausibility of the secularization theory in Dutch society one often refers to the depillarization and deconfessionalization of the several organizations. Even if some confessional organizations continue to exist as in education and health care, this does not prove the secularization theory to be wrong. Dobbelaere (1979; 1982b; 1988) puts it even more plainly, that by now religion even in Christian hospitals has become an irrelevant factor, both for the policy of the organization and for the daily activities of the nurses.

Other people however advocate a more different approach and think that the meaning of religion is being underestimated. Now and then confessional organizations are still being founded, e.g. in the field of education, in the health sector and in the field of information and communication. These are also the areas where depillarization went at a slower pace. In some areas the affinity with religion seems to be greater than in others. From a historical analysis it appears that one has to make a distinction between the religious relation with medical science and its relation with health care (section 1.3). In the field of health care the Christian religion has always claimed a task for itself and it still has a great affinity with health care; there has always been a greater distance as far as medical science is concerned and the Church has in some instances actively contributed to a further differentiation between religion and medical science.

The existence of some confessional organizations will clearly depend on the constitutional freedom to found such organizations. However if that freedom exists, it is then to be expected that some religious groups, dependent on their

quantity and quality, will - more than other groups - found similar organizations and maintain them. Finally it is to be expected that in some fields of community-life there are more confessional organizations than in others. If and to what extent religion is a relevant or irrelevant factor in modern society, will therefore have to be concluded after investigating the different social domains.

We have investigated this for the Protestant Christian hospitals in The Netherlands. The topics of research have been formulated in chapter 2 and a research model has been drafted. The variables in that model have consequently been operationalized and finally the research design has been discussed in order to show how the data necessary to give the proper answers to the research topics have been collected.

The query with respect to the relevance of religion in Christian hospitals is put onto two levels in our investigation. The crucial question to us is, whether religion is a relevant factor in the daily work of the nursing and caring staff, while dealing with patients on a day to day basis. However that personnel functions within the context of the hospital organization; at that level it remains to be seen if the hospital proves itself to be a Christian hospital in its policy and the implementation of that policy. In order to get an indication of this, data have been collected regarding recruitment and selection of manpower, regarding training and continuing education of that personnel, regarding church-religious rituals prevalent in hospitals and regarding the factual and expected involvement of the board of directors and the managers in the Christian identity of the hospital. Since it concerns mainly rather objective data, we confined ourselves to questionnaires which we mailed to the management of all 94 hospitals that are part of the Protestant hospital organization. These questionnaires were filled in and sent back by 77% of the hospitals.

One can separate those 94 hospitals into four sectors: general hospitals, psychiatric hospitals, nursing homes and institutions for the mentally disabled. Based on a number of considerations it was supposed that the Christian identity (i.e. the way these hospitals present themselves as Christian hospitals) would be different; general hospitals would be less characterized by this identity than nursing homes and institutions for the mentally disabled. Our expectations differed on the way this would influence psychiatric hospitals.

As far as the nursing and caring personnel is concerned, at that level the relevance of religion has been operationalized in different ways. Questions were asked about the views one has regarding the relationship between religion and work. Questions were also asked about the way people conduct themselves with respect to religious communication with patients, with respect to colleagues, or while accompanying patients to church services and reading the Bible with and to patients. And finally ones opinion was asked on whether Christian hospitals should exist at all. It is to be expected that these views and this practical conduct depends on someones own religiosity. That is why several questions were asked about religious conviction and religious behaviour (church involvement, praying and Bible-reading). Because of the kind of

questions and the size of this questionnaire we chose to interview people for this part of the investigation. We aimed for a total of 800 interviews, a stratified random sample of 200 per hospital sector. From these 697 have been realized.

Which relationship is there between the identity of a hospital organization and the relevance of religion in the job of the nursing and caring personnel? Does this solely depend on ones own religiosity or - and if so how much - does this also depend on the way the hospital presents its Christian identity? The research model was based on those questions and it relates three units of variables to each other: the identity of the hospital organization, the religiosity of the nursing and caring staff and the extent to which religion is a relevant factor in the daily work of the staff.

Chapter 3 presents the results of the questionnaires concerning recruitment and selection, training and education, a number of church-religious rituals and (desired) attitudes of the board and the management. However more important than the findings concerned in every single field is the observation that there is a high level of coherence. From this one can deduce that the hospitals concerning their Christian identity show a consistent policy and consistency in the way they act. From all these indicators it was therefore very well possible to construct one instrument with which the strength (or weakness) of the identity of the separate hospitals could be measured. And as expected, that identity is more prevalent in nursing homes and institutions for the mentally disabled than in general hospitals. Contrary to expectation, psychiatric hospitals are the least characterized by this.

The hospitals in our investigation are to be divided based on their regulations into two sub-groups: Protestant hospitals and interconfessional or general-Christian hospitals; the latter are, for example because of a merger with a Catholic hospital or as a result of internal developments, not specifically Protestant and have laid it down in a statutory document. The difference between those two sub-groups seems to be purely formal, but it does not appear to be so from our investigation. The reason being that the Protestant hospitals are more strongly characterized by a Christian identity than the interconfessional or general-Christian hospitals. So the formal distinction between those two has at the same time consequences as regards content.

Chapter 4 produces the results of the interviews with registered nurses and nursing assistants. One can conclude from these interviews that faith and religion for their work in hospitals is generally much more often indicated as 'important' than as 'not so important'; especially when it concerns the relationship with the patients, one tends to attribute relevance to religion. Both in the relationship with patients and among each other there is room for religious communication. And 80% thinks that Christian hospitals should exist in The Netherlands and they object to them disappearing. When one combines those items, it is hard to maintain that nursing and caring personnel would think

religion an irrelevant factor in their work on the wards.

The results of chapter 3 also gave every reason to tone down the supposed irrelevance of religion into proper perspective. If the secularization thesis poses that religion has become privatised and has become irrelevant for institutional contexts outside the private sphere (Berger), or would be irrelevant in Christian organizations (Dobbelaere), then this has to be contested at least with respect to the Christian hospitals in our country. We can therefore agree with a previous conclusion by Felling, Peters and Schreuder (1986: 117), that people should 'stop talking about the irrelevance of the traditional religion in modern society, as well as one should cease to restrict the influence of the traditional religion to the private sphere.'

A model was set up in chapter 2 in order to explain the relevance of religion in the work of nursing and caring personnel. The previous results in chapter 4 caused to add to that model another explanatory factor: the religiosity of the patients (see section 4.3). The scores of the different dependable variables (for the relevance of religion in one's job) can surely be explained from the church-religious background of the personnel, but also from the context in which one finds oneself, viz. the attitude of the patients with respect to religion and the way in which the hospital presents its Christian identity.

The influence of the identity of the hospital organization is partially indirect; for hospitals which present themselves as Christian hospitals, have relatively more patients and personnel who are church-religiously involved than hospitals that do not present themselves as such and they have therefore more nurses and nursing assistants who think religion to be a more meaningful factor in their work than the other hospitals. But the influence of identity is partially of a direct nature; for irrespective of their own church-religious involvement and that of patients, nurses and nursing assistants in hospitals that are more strongly characterized by a Christian identity think that religion is of more importance to their job than those who work in hospitals that show less of their Christian identity.

Chapter 5 gives a summary of the research results and some conclusions. Whether religion is a relevant factor in the work of nursing and caring personnel, appeared to depend on three issues: the church-religious background of the personnel, the religiosity of the patients and the way the hospital organization implements its identity. The hospital can more or less shape that identity and the hospital also has the liberty to appoint its own personnel; this does not apply, at least not as strongly, to the admission of patients. It is naturally a choice of the hospital itself, if one wants to strive for a meaningful presence of religion in the daily work on the wards. If one chooses this, one has, while selecting personnel and interpreting the identity at the level of the hospital organization, two instruments on hand to exert influence on that presence. The thesis ends with some speculations on the chances that Christian hospitals have in the future.

BIJLAGEN

Bijlage 1. De onderzoekspopulatie van CVZ-ziekenhuizen, naar sector en plaats van vestiging

Algemene ziekenhuizen

1.	Almelo	Stichting Streekziekenhuis
2.	Amsterdam	Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit
3.	Amsterdam	Andreas Ziekenhuis
4.	Amsterdam	Juliana Ziekenhuis
5.	Amsterdam	Lutherse Diakonessen Inrichting
6.	Apeldoorn	Lucas Ziekenhuis
7.	Arnhem	Nederlands Hervormd Diakonessenhuis
8.	Bennekom	Protestants Christelijk Streekziekenhuis
9.	Breda	Diakonessenhuis
10.	Delft	Bethel Ziekenhuis
11.	Delfzijl	Delfzicht Ziekenhuis
12.	Dirksland	Het Van Weel Bethesda Ziekenhuis
13.	Dokkum	Protestants Christelijk Ziekenhuis 'De Sionsberg'
14.	Dordrecht	Diakonessenhuis Refaja
15.	Drachten	Ziekenhuis Nij Smellinghe
16.	Eindhoven	Diakonessenhuis Eindhoven
17.	Emmen	Scheper Ziekenhuis
18.	Ermelo/Harderwijk	Stichting Christelijk Algemeen Streekziekenhuis Noordwest Veluwe
19.	's-Gravenhage	Stichting Bronovo/Nebo
20.	Groningen	Diakonessenhuis Groningen
21.	Heemstede	Diakonessenhuis Heemstede
22.	's-Hertogenbosch	Protestants Christelijk Ziekenhuis Willem Alexander
23.	Hilversum	Diakonessenhuis Hilversum
24.	Hoogeveen	Ziekenhuis Bethesda
25.	Leeuwarden	Diakonessenhuis Leeuwarden
26.	Leiden	Diakonessenhuis Leiden
27.	Meppel	Nederlands Hervormde Diakonessen Inrichting
28.	Naarden	Diakonessenhuis Naarden
29.	Nijmegen	Nijmeegs Interconfessioneel Ziekenhuis Canisius- Wilhelmina
30.	Rotterdam	Van Dam-Bethesda Ziekenhuis
31.	Rotterdam	Ziekenhuis Eudokia
32.	Rotterdam	Ikazia Ziekenhuis
33.	Soest	Ziekenhuis Zonnegloren
34.	Stadskanaal	Protestants Christelijk Ziekenhuis Refaja
35.	Terneuzen	Juliana Ziekenhuis
36.	Tiel	Ziekenhuis Rivierenland

- | | |
|--------------|--------------------------|
| 37. Utrecht | Diakonessenhuis Utrecht |
| 38. Utrecht | Ziekenhuis Oudenrijn |
| 39. Voorburg | Diakonessenhuis Voorburg |
| 40. Waalwijk | St. Nicolaas Ziekenhuis |

Verpleeghuizen

- | | |
|---------------------|--|
| 41. Amstelveen | Het Zonnehuis |
| 42. Beekbergen | Het Zonnehuis |
| 43. Bennekom | Protestants Christelijk Verpleeghuis 'De Breukelderhof' |
| 44. Bennekom | Reactiveringscentrum 'De Halderhof' |
| 45. Breda | Verpleeghuis 'Aeneas' |
| 46. Delfzijl | Geriatrisch Verpleeghuis 'Vliethoven' |
| 47. Doetinchem | Hervormde Stichting 'Den Ooiman' |
| 48. Doorn | Het Zonnehuis |
| 49. Dordrecht | Hervormde Stichting Crabbehoff |
| 50. Driebergen | Hervormd Verpleeg- en Reactiveringscentrum 'Nassau Odijkhof' |
| 51. Harderwijk | Verpleeghuis Sonnevanc |
| 52. Hogeveen | Verpleeghuis Weidesteyn |
| 53. Katwijk aan Zee | Nederlands Hervormd Psychiatrisch Ziekenhuis voor Bejaarden 'Overduin' |
| 54. Oud-Beijerland | Verpleeg- en Reactiveringscentrum 'De Egmontshof' |
| 55. Tiel | Protestants Christelijk Verpleeghuis 'Nieuw Vrijthof' |
| 56. Utrecht | Verpleeg- en Reactiveringscentrum 'Tamarinde' |
| 57. Veenendaal | Interkerkelijk Verpleeghuis 'De Meent' |
| 58. Vlaarding | Het Zonnehuis |
| 59. Zuidhorn | Het Zonnehuis |
| 60. Zwolle | Het Zonnehuis |

Zwakzinnigeninrichtingen

- | | |
|-------------------|--------------------------------|
| 61. Apeldoorn | Groot Schuylenburg |
| 62. Assen | Hendrik van Boeyenoord |
| 63. Baarn | Eemeroord |
| 64. Beetsterzwaag | Borneroord |
| 65. Ede | Observatiekliniek De Ederhorst |
| 66. Ede | De Hartenberg |
| 67. Ermelo | Groot-Emaus |
| 68. Ermelo | 's Heeren Loo-Lozenoord |

- | | | |
|-----|------------------|---|
| 69. | Den Helder | Noorderhaven |
| 70. | Huis ter Heide | Sterrenberg |
| 71. | Middelharnis | Hernesseroord |
| 72. | Monster | Het Westerhonk |
| 73. | Noordwijk-Binnen | Dr. Mr. Willem van den Bergh Stichting |
| 74. | Nunspeet | Landelijke Protestants Christelijke Stichting Philadelphia Tehuizen |
| 75. | Soest | Van Arkel Instituut |
| 76. | Zwammerdam | Hooge Burch |

Psychiatrische Ziekenhuizen

- | | | |
|-----|---------------|---|
| 77. | Amersfoort | Zon en Schild |
| 78. | Amsterdam | Valerius Kliniek |
| 79. | Apeldoorn | Stichting Henriëtte Hartsen Kliniek |
| 80. | Assen | 'Licht en Kracht' en 'Port Natal' |
| 81. | Bennebroek | Vogelenzang |
| 82. | Ermelo | Veldwijk |
| 83. | 's-Gravenhage | Bloemendaal |
| 84. | Halsteren | Psychiatrisch Ziekenhuis 'Vrederust' |
| 85. | Leidschendam | Schakenbosch |
| 86. | Renkum | Oranje-Nassau's Oord |
| 87. | Wagenborgen | Psychiatrische Inrichting Groot Bronswijk |
| 88. | Wolfheze | Psychiatrisch Ziekenhuis 'Wolfheze' |
| 89. | Zeist | Christelijk Sanatorium voor Neurosen en Psychosen |
| 90. | Zuidlaren | Dennenoord |

Categorale Ziekenhuizen

- | | | |
|-----|---------------|---|
| 91. | Amsterdam | Revalidatiekliniek Overtoom |
| 92. | Arnhem | Johanna Stichting |
| 93. | Beetsterzwaag | Kinderrevalidatiecentrum 'Lyndensteyn' |
| 94. | Heemstede | Instituut voor Epilepsiebestrijding 'Meer en Bosch',
'De Cruquishoeve' |

Bijlage 2. Aanvullende gegevens over populatie, steekproef, veldwerk en non-respons

2.1. Het mondelinge deel van het onderzoek

De populatie

Zoals in paragraaf 2.3 is uiteengezet, is naar alle CVZ-ziekenhuizen, met uitzondering van de vier categorale ziekenhuizen, een brief gestuurd met de vraag om medewerking aan het onderzoek en om opgave van de populatie van verplegenden en verzorgenden. In de betreffende brief, die vergezeld ging van een aanbevelingsbrief van het CVZ-bestuur, werd nauwkeurig aangegeven wie wel en wie niet tot de populatie behoorden. Onze instructies kwamen erop neer dat daartoe gerekend moesten worden:

- die personeelsleden uit de verplegende en verzorgende sector, die voor minstens 20 uur per week in loondienst waren van het ziekenhuis,
- die werkzaam waren op afdelingen of in paviljoens waar patiënten/bewoners in principe zowel overdag als 's nachts verblijven en
- die daadwerkelijk met de verpleging of verzorging van patiënten (bewoners, pupillen) belast waren.

Overeenkomstig de eerste instructie vallen stagiair(e)s, uitzendkrachten en personeelsleden die voor minder dan 5/10 in dienst zijn, buiten de populatie. Datzelfde geldt, aldus de tweede instructie, voor personeel dat werkzaam is in poliklinieken of afdelingen voor dagbehandeling. De derde instructie geeft het beslissende criterium aan: men moet belast zijn met de alledaagse zorg voor patiënten of bewoners. Het doet er niet toe, welke term het betreffende ziekenhuis voor dergelijk personeel hanteert: verpleegkundigen, ziekenverzorg(st)ers, verpleeghulp(en), groepsleid(st)ers, enzovoorts.

Zowel leerlingen als gediplomeerden behoren tot de populatie, met uitzondering van leerlingen in de pre-klinische fase, omdat zij nog niet werkzaam zijn op de afdelingen. Uitgesloten werden echter de diverse therapeuten, zoals bezigheidstherapeuten, arbeidstherapeuten en dergelijke.

Uiteindelijk bleken 64 van de 90 ziekenhuizen bereid aan dit deel van het onderzoek mee te willen werken door ons de gevraagde populatie te verstrekken (zie paragraaf 2.3). De respons van de ziekenhuizen is wat dit betreft niet vertekend naar de grootte van het ziekenhuis of de regionale ligging; zie verder bijlage 2.2. We hebben derhalve geen reden te twijfelen aan de representativiteit van de ziekenhuizen die positief hebben gereageerd, afgezien van hetgeen we in paragraaf 2.3 reeds opmerkten over fusies.

De steekproef

Uit de populatie werd een gestratificeerde steekproef van 200 personen per ziekenhuissector getrokken; voor wat de algemene ziekenhuizen betrof, bedroeg deze 215 personen (zie paragraaf 2.3). Afhankelijk van de grootte van

het ziekenhuis en van het aantal ziekenhuizen per sector, varieerde het aantal geselecteerde personen per ziekenhuis van 2 tot 32. Een overzicht daarvan is te zien in tabel B.2.1.

Tabel B.2.1: Aantal geselecteerden per ziekenhuis

Aantal geselecteerden	Aantal ziekenhuizen	
	N	%
0	1	2
1 - 8	24	38
9 - 16	23	36
17 - 24	9	14
25 - 32	7	11
Totaal	64	100

Van de 64 ziekenhuizen die hun medewerking aan het mondelinge deel van het onderzoek hadden toegezegd, was één ziekenhuis dermate klein dat het buiten de steekproef viel. In een kwart van de ziekenhuizen werden meer dan 16 personen geselecteerd; voor driekwart betrof het hier zwakzinnigeninrichtingen en psychiatrische ziekenhuizen. In de rest van de ziekenhuizen bedroeg het aantal geselecteerden maximaal 16 personen; in ongeveer de helft daarvan was het aantal geselecteerden uiterst gering (1 tot 8 personen), in de andere helft bedroeg het 9 tot 16 personen.

Nadat de steekproef getrokken was, werd naar de ziekenhuizen een lijst van geselecteerde verplegenden en verzorgenden gestuurd. Voor al deze personen werd informatie meegestuurd en aan de ziekenhuizen werd gevraagd de betreffende personen te benaderen en aan ons te laten weten wie bereid was tot een interview. Omdat rekening gehouden moest worden met uitval wegens weigering, ontslag, ziekte, studie, vakantie en dergelijke werd naar de ziekenhuizen tevens een reservelijst meegestuurd. De omvang daarvan was doorgaans eenderde van het aantal in het betreffende ziekenhuis te interviewen personen. Voor nogal wat instellingen (namelijk 32) was die reservelijst niet toereikend; meestal (in 75% van de gevallen) mocht dan een extra reservelijst worden toegezonden.

Proefinterviews

De mondelinge vragenlijst die zou worden afgenomen, is tevoren nog uitgetest in 11 proefinterviews. Deze konden worden gehouden in vier ziekenhuizen - één van elke sector - die eerder geweigerd hadden met het mondelinge deel van het onderzoek mee te doen, c.q. door ons daarvan waren uitgesloten wegens zelfselectie van de door hen opgegeven populatie (zie paragraaf 2.3). We hebben de proefinterviews juist in deze ziekenhuizen afgenomen ten einde

de andere ziekenhuizen die wél mee zouden doen, niet verder te belasten. Eén van de consequenties van de proefinterviews is geweest dat de vragenlijst ingekort moest worden; op grond daarvan is toen het meetinstrument van Felling, Peters en Schreuder inzake de geloofsopvattingen beperkt tot het thema 'lijden en dood' (zie paragraaf 2.2.3).

Interview(st)ers en interviews

Een volgende stap betrof de werving van interview(st)ers. In totaal werden er 48 geselecteerd uit een pool van ervaren interview(st)ers, zoveel mogelijk woonachtig in de regio's waar de ziekenhuizen gevestigd waren. Aan de betreffende ziekenhuizen is meegedeeld door wie de interviews zouden worden afgenomen. Alle interview(st)ers kregen speciaal voor dit onderzoek nog een groepsinstructie, die achtereenvolgens werd gehouden in Rotterdam, Assen, Arnhem en Amsterdam. Verdere afspraken voor het interview zijn door de interview(st)ers zelf, in overleg met het ziekenhuis, gemaakt. Van elke interview(st)er zijn de eerste twee vragenlijsten nagekeken op systematische fouten of onduidelijkheden; pas daarna kreeg men toestemming om de overige interviews af te nemen.

De helft van de interviews duurde vijf kwartier of minder; 16% duurde langer dan anderhalf uur. Volgens de schatting van de interview(st)ers was 74% van de respondenten geïnteresseerd in het onderwerp van dit onderzoek, van 24% vond men de interesse 'gewoon/neutraal' en 2% was ongeïnteresseerd. Het verloop van het gesprek werd door de interview(st)ers op ongeveer overeenkomstige wijze gewaardeerd: 81% vond het een prettig gesprek, 17% een gewoon en 2% een onprettig gesprek.

Non-respons onder verplegenden en verzorgenden

In 22 (=35%) van de 63 ziekenhuizen waar interviews zijn gehouden, werd het geplande aantal niet gehaald. Vier ziekenhuizen leverden 5 tot 9 interviews te weinig en eveneens vier ziekenhuizen 10 of meer te weinig; in de overige bleef dat beperkt tot maximaal 4 interviews. Naarmate de ziekenhuizen groter waren, bleef men vaker achter bij het geplande aantal (zie tabel B.2.2). Vooral ziekenhuizen die 25 of meer interviews zouden moeten leveren, slaagden daar nauwelijks in.

Tabel B.2.2: Aantal ziekenhuizen naar de mate waarin het totale aantal geplande interviews al of niet is gerealiseerd

Aantal geplande interviews	Totale aantal interviews is gerealiseerd				Totale aantal ziekenhuizen	
	ja		nee			
	N	%	N	%	N	%
1 - 8	19	79	5	21	24	100
9 - 16	15	65	8	35	23	100
17 - 24	6	67	3	33	9	100
25 - 32	1	14	6	86	7	100
Totaal	41	65	22	35	63	100

Om de volgende redenen slaagden ziekenhuizen er niet in het geplande aantal interviews te leveren:

- de reservelijst bleek ontoereikend, maar men ging niet akkoord met de toezending van een extra reservelijst;
- soms bleek ook de extra reservelijst niet toereikend;
- van personen die ten onrechte tot de populatie gerekend waren (in afwijking van onze instructies) en geselecteerd waren, werd ofwel geen interview afgenomen, ofwel het interview als niet afgenomen beschouwd;
- op het moment van interview bleken personen soms onbereikbaar wegens drukke werkzaamheden, ziekte, vakantie, cursus en dergelijke.

2.2 Respons van de ziekenhuizen naar grootte en regio

In de onderstaande tabellen B.2.3 - B.2.6 wordt een overzicht gegeven van de respons van de CVZ-ziekenhuizen, uitgesplitst naar grootte en regionale ligging, zowel ten aanzien van het mondelinge als het schriftelijke deel van het onderzoek. Respons betekent in het laatste geval dat de schriftelijke vragenlijst ingevuld terug is gestuurd, in het eerste geval dat het ziekenhuis de gevraagde populatie heeft verstrekt, waaruit vervolgens een steekproef getrokken kon worden.

De grootte is bepaald aan de hand van het aantal erkende bedden, zoals vermeld in Bartels (1984). De regionale indeling is als volgt geschied: noord (de provincies Groningen, Friesland, Drenthe en Overijssel), oost (de provincies Gelderland en Utrecht-Oost, dat wil zeggen ten oosten van de stad Utrecht), zuid (de provincies Zeeland, Noord-Brabant en Limburg, alsmede het Zuid-Hollandse eiland Goeree-Overflakkee) en west (de rest van Nederland).

In geen van de tabellen zijn de afwijkingen ten opzichte van de totaalverdeling significant (berekend met behulp van Pearson's Chi-kwadraat en een alpha

van 5%). Voor wat betreft de respons van de kant van de ziekenhuizen hebben we derhalve geen reden om te twijfelen aan de representativiteit van het onderzoek, met uitzondering van wat we in paragraaf 2.3 reeds opmerkten over fusies.

Tabel B.2.3: Respons naar grootte (mondeling)

Grootte (= aantal bedden)	Respons N %		Totaal
≤ 300	33	73	45
301 - 600	19	68	28
> 600	12	71	17
Totaal	64	71	90

Tabel B.2.4: Respons naar regio (mondeling)

Regio	Respons N %		Totaal
Noord	13	68	19
Oost	21	68	31
Zuid	6	67	9
West	24	77	31
Totaal	64	77	90

Tabel B.2.5: Respons naar grootte (schriftelijk)

Grootte (= aantal bedden)	Respons N %		Totaal
≤ 300	39	81	48
301 - 600	24	86	28
> 600	14	78	17
Totaal	77	82	94*

*) De vier categorale ziekenhuizen kwamen wél in aanmerking voor het schriftelijke deel van het onderzoek, niet voor het mondelinge deel.

Tabel B.2.6: Respons naar regio (schriftelijk)

Regio	Respons		Totaal
	N	%	
Noord	16	80	20
Oost	28	88	32
Zuid	7	78	9
West	64	79	33
Totaal	77	82	94*

*) Zie de opmerking bij tabel B.2.5.

Bijlage 3. Correlatiematrix van identiteitsgegevens van de ziekenhuisorganisatie

	InPerson	KerkSel	VerSol-v	Optreden	Toek.b+d	BestSig	DirSig	VerSol-d	Bijbel	Feestdag	PastZorg	Vorming
InPerson	-											
KerkSel	.44	-										
VerSol-v	.62	.49	-									
Optreden	.44	.39	.44	-								
Toek.b+d	.46	.47	.41	.37	-							
BestSig	.47	.43	.53	.32	.65	-						
DirSig	.55	.54	.58	.53	.62	.79	-					
VerSol-d	.40	.37	.57	.32	.34	.44	.50	-				
Bijbel	.53	.51	.60	.33	.35	.33	.39	.42	-			
Feestdag	.26	.29	.40	.27	.52	.41	.50	.22	.14	-		
PastZorg	.47	.38	.49	.47	.39	.41	.53	.38	.35	.26	-	
Vorming	.32	.27	.43	.25	.22	.40	.40	.26	.29	.20	.42	-

InPerson = inhoud personeelsadvertenties
 KerkSel = kerkelijke achtergrond als selectie criterium
 VerSol-v = verwachtingen bij sollicitatiegesprek (met verpleegkundigen)
 Optreden = nadruk op identiteit in optreden naar buiten
 Toek.b+d = toekomstige betrokkenheid van bestuur en directie
 BestSig = bestuur en christelijke signatuur

DirSig = directie en christelijke signatuur
 VerSol-d = verwachtingen bij sollicitatiegesprek (met directiekandidaten)
 Bijbel = dagelijkse bijbellezing
 Feestdag = aandacht voor christelijke feestdagen
 PastZorg = bijdrage aan pastorale zorg verwacht
 Vorming = diversiteit aan vormingsaspecten

Bijlage 4. Principale componentenanalyse met varimax-rotatie van 14 uitspraken over geloofsopvattingen (alleen ladingen $\geq .30$ zijn vermeld)

Uitspraken*	factor 1	factor 2
- De wonderen uit de bijbel zijn echt gebeurd	.84	-
- Ondanks de ellende in de wereld moeten wij toch geloven in Gods leiding	.83	-
- Over het bestaan van God is geen twijfel mogelijk	.81	-
- In de kerkdienst moet de redding en verlossing van de zondige mens centraal staan	.72	-
- Dat Adam en Eva de eerste mensen waren, lijkt mij waarschijnlijk	.70	-
- De kerk moet homofielen van hun verkeerde levensweg bekeren	.70	-
- Ik vind dat een christen op zondag best kan gaan voetballen	.65	-
- Ik twijfel er wel eens aan of er een hemel bestaat	.63	-
- Iemand die ontkent dat Christus God is, moet men als afvallig beschouwen	.60	-
- De kerk moet zich inzetten voor de zwarte bevrijdings-bewegingen van Zuidelijk Afrika	-	.77
- De kerk moet zich uitspreken tegen kernbewapening	-	.69
- Christendom en socialisme hebben niets gemeen	-	.52
- Politiek hoort op de kansel niet thuis	-	.50
- De protestantse en katholieke kerken moeten veel meer samen doen	-	.47
Eigenwaarde	5,06	1,77
Verklaarde variantie	36,1%	12,7%
(N = 605)	(totaal: 48,8%)	
Cronbach's alpha	.89	.55

*) Zie: Westra (1981). Eén item werd uitgesloten, omdat het dubbel laadde: 'De kerken richten zich te veel op het huwelijk als enige vorm van samenwonen'.

**Bijlage 5. Principale componentenanalyse van drie kerkelijk-godsdiens-
ge gedragskenmerken en drie kerkelijk-godsdiens- geloofs-
kenmerken***

Gedrags- en geloofskenmerken	factor: godsdiens- geloof
Kerkbetrokkenheid	.87
Bijbellesen	.83
Bidden bij het eten	.77
Orthodoxie	.91
Algemeen-christelijk geloof	.79
Religieuze zelfbeoordeling	.78
Eigenwaarde	4.09
Verklaarde variantie	68.2%
N = 688	

*) Omdat de eigenwaarde van de overige factoren < 1.00 waren, resulteerde de factoranalyse in één factor.

Literatuur

- Bartels, L.P. (1984). *Instellingen van intramurale gezondheidszorg: basisgegevens 1-1-1983*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI-publicatie nr. 83.335).
- Becker, J.W. en R. Vink (1994). *Secularisatie in Nederland, 1966-1991. De verandering van opvattingen en enkele gedragingen*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau; 's-Gravenhage: VUGA.
- Belzen, J.A. van (1988). "Een duimbreed gronds". Over een gekerstende psychiatrische theorie en praktijk'. In: L. de Goei en J. Vijselaar (red.), *Het ongelukkig lot der krankzinnigen. Aspecten van de praktische zorg voor krankzinnigen in de 19e eeuw*, Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, p. 59-82.
- Berger, P.L. (1969a). *Het hemels baldakijn. Bijdrage tot een theoretische godsdienstsociologie*. Utrecht: Ambo (vert. van: *The sacred canopy: elements of a sociological theory of religion*. New York: Doubleday, 1967).
- Berger, P.L. (1969b). *Er zijn nog altijd engelen*. Utrecht: Ambo (vert. van: *A rumor of angels: modern society and the rediscovery of the supernatural*. New York: Doubleday, 1969).
- Bijnen, E.J. (1980). 'Steekproeven'. In: J.H.G. Segers en J.A.P. Hagenaars (red.), *Sociologische onderzoeksmethoden. Deel II: Technieken van causale analyse*. Assen: Van Gorcum, p. 93-118.
- Boer, Th.A. e.a. (1993). *Zorgen met visie: zorgverlening vanuit christelijk perspectief. Een handreiking vanuit de Christelijke Vereniging van Ziekenhuizen en Diaconessenhuizen (CVZ)*. Kampen: Kok (derde druk).
- Bonger, W.A. (1911). 'Geloof en ongelooft in Nederland. Eene statistische studie'. *De Nieuwe Tijd* 16:941-970.
- Bonger, W.A. (1924). 'Geloof en ongelooft in Nederland (1909-1920). Een statistische studie'. *De Socialistische Gids* 9:705-730.
- Borg, M.B. ter (1991). *Een uitgewaaierde eeuwigheid. Het menselijk tekort in de moderne cultuur*. Baarn: Ten Have.
- Bosch, J.A.T. van den (1989). *Organisatie en identiteit. Een intern organisatie-onderzoek naar de wereld- of levensbeschouwelijke dimensie in de identiteit van een drietal verpleeghuizen*. Utrecht: Vakgroep Planning, Organisatie en Beleid van de Faculteit der Sociale Wetenschappen (Rijksuniversiteit Utrecht).
- Brand-Koolen, M.J.M. (1972). *Factoranalyse in het sociologisch onderzoek. Explicatie en evaluatie van enige modellen*. Leiden: Stenfert Kroese.
- Chaves, M. & D.E. Cann (1992). 'Regulation, pluralism and religious market structure: explaining religion's vitality'. *Rationality and society* 4:272-290.
- Coleman, J.A. (1978). 'The situation for modern faith'. *Theological studies* 39:601-632.
- Cornelissen, R. en G. Dierick (1973). 'Literatuur over de "K-discussie". Een

- overzicht van publicaties betreffende de deconfessionalisering van het katholiek maatschappelijk leven in Nederland'. *Jaarboek van het Katholiek Documentatie Centrum* 3:205-226.
- CVZ (1979). *Waarom een christelijke ziekeninrichting?* Utrecht: CVZ.
- Dekker, G. (1975). *De mens en zijn godsdienst. Beschouwingen over de functies van godsdienst en kerk voor mens en samenleving*. Baarn: Ambo.
- Dekker, G. (1977). *Gekerkerd geloof: vertrouwen van godsdienst en kerk*. Baarn: Ambo.
- Dekker, G. (1981). 'Gereformeerd en gereformeerd is twee. In: W. Goddijn e.a., *Hebben de Kerken nog toekomst. Commentaar op het onderzoek 'Opnieuw: God in Nederland'*. Baarn: Ambo, p. 90-112.
- Dekker, G. (1987). *Godsdienst en samenleving. Inleiding tot de studie van de godsdienstsociologie*. Kampen: Uitgeversmaatschappij J.H. Kok.
- Dekker, G. (1992). *De stille revolutie. De ontwikkeling van de Gereformeerde Kerken in Nederland tussen 1950 en 1990*. Kampen: Uitgeversmaatschappij J.H. Kok.
- Dekker, G. (1995). 'Is religious change a form of secularization? The case of the Reformed Churches in The Netherlands'. *Social Compass* 42:79-88.
- Dekker, G. en J. Peters (1989). *Gereformeerden in meervoud. Een onderzoek naar levensbeschouwing en waarden van de verschillende gereformeerde stromingen*. Kampen: Uitgeversmaatschappij J.H. Kok.
- Dekker, G. en J. Tennekes (1981). 'What do we mean by secularization?'. In: D.C. Mulder (ed.), *Secularization in global perspective*. Amsterdam: VU Boekhandel/Uitgeverij, p. 9-24.
- Dellepoort, J.J. (1955). *De priesterroepingen in Nederland. Proeve van een statistisch-sociografische analyse*. 's-Gravenhage: Uitgeversmaatschappij Pax.
- Dobbelaere, K. (1978). 'Secularisatie'. In: L. Rademaker (red.), *Sociale problemen 1: sociale ontwikkelingen*. Utrecht/Antwerpen: Uitgeverij Het Spectrum, p. 94-109.
- Dobbelaere, K. (1979). 'Professionalization and secularization in the Belgian Catholic pillar'. In: *Japanese Journal of Religious Studies*, 6: 39-64.
- Dobbelaere, K. (1981). 'Secularization: a multi-dimensional concept'. *Current Sociology* 29/2:1-213.
- Dobbelaere, K. (1982a). 'Godsdienst, religie en zingevingssystemen'. In: *Tijdschrift voor Sociologie*, 3:25-43.
- Dobbelaere, K. (1982b). 'De katholieke zuil nu: desintegratie en integratie'. In: *Belgisch Tijdschrift voor Nieuwste Geschiedenis* 13:119-160.
- Dobbelaere, K. (1988). *Het 'Volk-Gods' de mist in? Over de kerk in België*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- Dobbelaere, K., M. Ghesquiere-Waelkens, J. Lauwers (1974). *De christelijke dimensie van een verplegingsinstelling. Een sociologische analyse en haar legitimatie: humanisering, secularisatie en verzuiling*. Brussel: Hospitalia.
- Dobbelaere, K. en L. Laeyendecker (red.) (1974). *Godsdienst, kerk en samenleving. Godsdienstsociologische opstellen*. Rotterdam/Antwerpen: Universi-

- taire Pers Rotterdam/ Standaard Wetenschappelijke Uitgeverij.
- Doorn, J.A.A. van (1956). 'Verzuiling: een eigentijds systeem van sociale controle'. *Sociologische Gids* 3:41-49.
- Doorn, J.A.A. van en C.J. Lammers (1966). *Moderne sociologie. Systematiek en analyse*. Utrecht/Antwerpen: Uitgeverij Het Spectrum (zevende druk).
- Doorn, P. en Y. Bommeljé (1987). *Ontkerkelijking en verzuiling. Een onderzoek naar de invloed van kerken op publieke middelen in Nederland*. Utrecht: Humanistisch Verbond.
- Dorenbos, J., L. Halman en F. Heunks (1987). 'Modernisering in West-Europa: een tweedeling?'. In: L. Halman e.a., *Traditie, secularisatie en individualisering: een studie naar de waarden van de Nederlanders in een Europese context*. Tilburg: Tilburg University Press, p. 234-254.
- Douma, M. (1987). 'De identiteit van een gereformeerd verpleeghuis'. In: M. Douma (red.), *Zorgzaam zijn: verzorgen in christelijk perspectief*. Barneveld: Uitgeverij De Vuurbaak, p. 9-31.
- Drogendijk, C.A. (1975). *Het protestants-christelijk ziekenhuis in Nederland. Een onderzoek naar de organisatie, de structuur en het functioneren van 43 protestants-christelijke algemene ziekenhuizen*. Utrecht: Elinkwijk BV.
- Duke, J.T. & B.L. Johnson (1989). 'Religious transformation and social conditions: a macro-sociological analysis'. In: W.H. Swatos (ed.), *Religious politics in global and comparative perspective*. Westport: Greenwood Press, p. 75-109.
- Eerenbeemt, H.F.J.M. van den (1980). 'Van gasthuis naar geneeskundig centrum'. *Sociale wetenschappen* 23:3-26.
- Ester, P. en L. Halman (1994). *De cultuur van de verzorgingsstaat. Een sociologisch onderzoek naar waardenoriëntaties in Nederland*. Tilburg: Tilburg University Press.
- Ester, P., L. Halman & R. de Moor (1993). 'Value shift in Western societies'. In: P. Ester, L. Halman & R. de Moor (red.), *The individualizing society. Value change in Europe and North America*. Tilburg: Tilburg University Press, p. 1-20.
- Felling, A. & J. Peters (1988). 'Der Säkularisierungsprozess in den Niederlanden zwischen 1966 und 1985'. In: H. Meulemann und H.O. Luthe (Hrsg.), *Wertwandel - Faktum oder Fiktion? Bestandsaufnahmen und Diagnosen aus kultursoziologischer Sicht*. Frankfurt a/M: Campus Verlag, p. 98-139.
- Felling, A., J. Peters en O. Schreuder (1981). 'Gebroken identiteit. Een studie over christelijk en onchristelijk Nederland'. *Jaarboek van het Katholiek Documentatie Centrum* 11:25-81.
- Felling, A., J. Peters en O. Schreuder (1983). *Burgerlijk en onburgerlijk Nederland. Een nationaal onderzoek naar waardenoriëntaties op de drempel van de jaren tachtig*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Felling, A., J. Peters en O. Schreuder (1986). *Geloven en leven. Een nationaal onderzoek naar de invloed van religieuze overtuigingen*. Zeist: Kerckebosch.
- Felling, A., J. Peters en O. Schreuder (1987a). *Religion im Vergleich:*

- Bundesrepublik Deutschland und Niederlande*. Frankfurt am Main; Bern; New York; Paris: Peter Lang.
- Felling, A., J. Peters en O. Schreuder (1987b). *Religion in Dutch society* 85: documentation of a national survey on religious and secular attitudes in 1985. Amsterdam: Steinmetz Archive.
- Felling, A., J. Peters en O. Schreuder (1991). *Dutch religion. The religious consciousness of The Netherlands after the cultural revolution*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschappen.
- Finke, R. & R. Stark (1988). 'Religious economies and sacred canopies: religious mobilization in American cities, 1906'. *American Sociological Review* 53:41-49.
- Finke, R. & R. Stark (1992). *The churching of America, 1776-1990: winners and losers in our religious economy*. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press.
- Frissen, P. (1986). 'Organisatiecultuur: een overzicht van benaderingen'. *Mens en organisatie* 40:532-545.
- Frissen, P.H. A. en J.M. van Westerlaak (1990). *Organisatiecultuur: van toverwoord tot bruikbaar begrip*. Schoonhoven: Academic Service.
- Gabriel, K. (1993). *Christentum zwischen Tradition und Postmoderne*. Freiburg/Basel/Wien: Herder.
- Gadourek, I. (1961). *A Dutch community. Social and cultural structure and process in a bulb-growing region in The Netherlands*. Groningen: J.B. Wolters (tweede druk).
- Glock, Ch.Y. (1962). 'On the study of religious commitment'. *Religious Education* 42:98-110 (Ndl. vert.: 'Over het onderzoek van de religiositeit'. In: K. Dobbelaere en L. Laeyendecker (red.), *Godsdienst, kerk en samenleving. Godsdienstsociologische opstellen*. Rotterdam: Universitaire Pers Rotterdam; Antwerpen: Standaard, 1974, p. 160-185).
- Goddijn, H.P.M. (1971). *Geschiedenis van de sociologie: achtergronden, hoofdpersonen en richtingen*. Meppel: J.A. Boom en Zoon.
- Goddijn, W., H. Smets en G. van Tillo (1979). *Opnieuw: God in Nederland. Onderzoek naar godsdienst en kerkelijkheid ingesteld in opdracht van KRO en weekblad de Tijd*. Amsterdam: Uitgeverij De Tijd.
- Greeley, A. (1989). *Religious change in America*. Cambridge (Mass.)/London: Harvard University Press.
- Hadden, J.K. (1987). 'Toward desacralizing secularization theory'. *Social Forces* 65:587-611.
- Halman, L. (1991). *Waarden in de Westerse wereld. Een internationale exploratie van de waarden in de Westerse samenleving*. Tilburg: Tilburg University Press.
- Halman, L. & R. de Moor (1993). 'Religion, churches and moral values'. In: P. Ester, L. Halman & R. de Moor (ed.), *The individualizing society. Value change in Europe and North America*. Tilburg: Tilburg University Press, p. 37-65.

- Hart, J. de, A. Felling en J. Peters (1983). 'Secularisering en geborgenheid'. *Sociale Wetenschappen* 26:1-27.
- Heek, F. van (1973). 'Wat brengt de zuil aan het wankelen?'. *Sociologische Gids* 20:148-150.
- Heij, P. (1991). 'Waarom psychiatrische hulpverlening gereformeerd georganiseerd? Enkele overwegingen vanuit de praktijk'. *Psyche en geloof* 2:97-106.
- Hellemans, S. (1988). 'Katholicisme en verzuiling in België, Duitsland, Nederland en Frankrijk'. *Tijdschrift voor Sociologie* 9:351-393.
- Hemert, M.M.J. van (1979). *Kerkelijke gezindten. Een analyse op basis van de Volkstelling 1971* (Monografieën Volkstelling 1971, nr. 13). 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.
- Hemert, M.M.J. (1980). 'En zij verontschuldigen zich'. *De ontwikkeling van het misbezoekcijfer 1966-1979* (Memorandum no. 213). 's-Gravenhage: KASKI.
- Hemert, M.M.J. (1991). *Achtergronden van kerkelijk gedrag. Een onderzoek in zeven rooms-katholieke parochies*. 's-Gravenhage: KASKI.
- Heyden, J.T.M. van der (1994). *Het ziekenhuis door de eeuwen. Over geld, macht en mensen*. Rotterdam: Erasmus Publishing.
- Holthoon, F.L. van (1985). 'Verzuiling in Nederland'. In: F.L. van Holthoon (red.), *De Nederlandse samenleving sinds 1815; wording en samenhang*. Assen/Maastricht: Van Gorcum, p. 159-171.
- Jaarboek 1992 van de Gereformeerde Kerken in Nederland* (1992). Goes: Oosterbaan & Le Cointre.
- Juffermans, P. (1982). *Staat en gezondheidszorg in Nederland. Met een historische beschouwing over het overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg in de periode 1945-1970*. Nijmegen: SUN.
- Kaufmann, F.X. (1979). *Kirche begreifen. Analysen und Thesen zur gesellschaftlichen Verfassung des Christentums*. Freiburg/Basel/Wien: Herder.
- Kemenade, J.A. van (1968). *De katholieken en hun onderwijs. Een sociologisch onderzoek naar de betekenis van katholiek onderwijs onder ouders en docenten*. Meppel: Boom.
- Kerlinger, F.N. (1970). *Foundations of behavioral research. Educational and psychological inquiry*. London/New York/Sydney/Toronto: Holt, Rinehart & Winston.
- Knippenberg, H., C.M. Stoppenburg en H.H. van der Wusten (1989). 'De protestantenband van Nederland: de geografische spreiding der orthodox-protestanten in 1920 en 1985/86'. In: *Geografisch Tijdschrift* 23:12-22.
- Kruijt, J.P. (1933). *De onkerkelijkheid in Nederland: haar verbreiding en oorzaken. Proeve ener sociografiese verklaring*. Groningen/Batavia: P. Noordhoff.
- Kruijt, J.P. (1935). 'Kerkelijkheid en onkerkelijkheid in Nederland (1930)'. *De Socialistische Gids. Maandschrift der Sociaal-Democratische Arbeiderspartij* 20:323-339, 426-451.

- Kruijt, J.P. (1957). 'Sociologische beschouwingen over zuilen en verzuiling'. *Socialisme en Democratie* 14:11-29.
- Kruijt, J.P. en W. Goddijn (1962). 'Verzuiling en ontzuiling als sociologisch proces'. In: A.N.J. den Hollander e.a. (red.), *Drift en koers; een halve eeuw sociale verandering in Nederland*. Assen: Van Gorcum (tweede druk), p. 227-263.
- Kruijt, J.P. (1968). 'Gemeenschap als sociologisch begrip. Een kritiek op Tönnies'. In: *Zoeklicht en kompas*. Assen: Van Gorcum & Comp., p. 180-202.
- Laeyendecker, L. (1989). 'Secularisatie: een systematische verkenning'. In: A. Camps e.a., *Secularisatie: noodlot of opdracht. Perspectieven voor zending en oecumene in de context van de secularisatie*. Leiden/Utrecht: Interuniversitair Instituut voor Missiologie en Oecumenica, p. 5-54.
- Laeyendecker, L. (1991). 'De modernisering en haar problemen. Een poging tot ordening van gezichtspunten'. In: Cliteur, P.B., P.A. van Gennip en L. Laeyendecker (red.), *Burgerschap, levensbeschouwing en criminaliteit. Humanistische, katholieke en protestantse visies op de kwaliteit van de huidige samenleving*. Amersfoort/Leuven: De Horstink/Acco, p. 15-39.
- Lindeboom, G.A. (1971). *Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde*. Haarlem: De Ervan F. Bohn N.V. (tweede druk).
- Luckmann, Th. (1967). *The invisible religion: the problem of religion in modern society*. New York: Macmillan.
- Luykx, P. (1986). 'Andere katholieken, 1920-1960'. *Jaarboek van het Katholiek Documentatie Centrum* 16:52-84.
- Martin, D.A. (1969). *The religious and the secular: studies in secularization*. London: Routledge & Kegan Paul.
- McCreedy, J.A., A.H.A. Nieuwstraten en A.C. Nievaard (1995). *Met het oog op de toekomst: een onderzoek naar de organisatiecultuur van het verpleeg- & reactiveringscentrum DrieMaasStede*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (Erasmus Universiteit Rotterdam).
- McGuire, M.B. (1981). *Religion: the social context*. Belmont (California): Wadsworth.
- McGuire, M.B. (1985). 'Religion and healing'. In: Ph.E. Hammond (ed.), *The sacred in a secular age. Toward revision in the scientific study of religion*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, p. 268-284.
- Meij-de Leur, A.P.M. van der (1971). *Van olie en wijn. Geschiedenis van verpleegkunde, geneeskunde en sociale zorg*. Amsterdam/Brussel: Agon Elsevier.
- Moberg, D.O. (1982). 'The salience of religion in everyday life: selected evidence from survey research in Sweden and America'. *Sociological Analysis* 43:205-217.
- Moor, R. de (1987). 'Religieuze en morele waarden'. In: L. Halman e.a., *Traditie, secularisatie en individualisering: een studie naar de waarden van*

- de Nederlanders in een Europese context*. Tilburg: Tilburg University Press, p. 15-49.
- Moorman, Th.J. (1986). *Het confessionele ziekenhuis. Een praktisch-theologische verkenning*. Amsterdam: Rodopi.
- Morshuis, J.G.F. (1969). 'Verzuiling en ontzuiling op het terrein van het ziekenhuiswezen'. In: *Verzuiling en ontzuiling*. Hilversum: KRO-perszaken en Publiciteit.
- Pennings, P. (1991). *Verzuiling en ontzuiling: de lokale verschillen. Opbouw, instandhouding en neergang van plaatselijke zuilen in verschillende delen van Nederland na 1980*. Kampen: Uitgeversmaatschappij J.H. Kok.
- Planque, C.W. de (1984). *Identiteit: wat doe je ermee? Dialoog tussen bijbelse verhalen en de praktijk*. Utrecht: CVZ.
- Peters, J. (1977). *Kerkelijke betrokkenheid en levensbeschouwing. Een onderzoek naar de verbreiding en sociale relevantie van kerkelijke betrokkenheid in een nieuwe stadswijk*. Nijmegen: [s.n.].
- Peters, J. (1985). 'Religie en politiek. De relevantie van de religieuze factor in vergelijking met niet-religieuze factoren'. In: L. Laeyendecker en O. Schreuder (red.), *Religie en politiek. Verkenning op een spanningsveld*, p. 97-127.
- Peters, J. (1993). 'De identiteit van de Nederlandse katholieken: recente ontwikkelingen en huidige situatie'. In: Peters, J., J.A. van der Ven en L.G.M. Spruit, *Kerk op de helling. Veranderingen in katholiek Nederland en gevolgen voor de pastoraal*. Kampen: Uitgeverij Kok, p. 9-61.
- Peters, J. en A. Felling (1981). 'Kerkelijkheid en onkerkelijkheid: een onjuiste tweedeling'. In: W. Goddijn e.a., *Hebben de kerken nog toekomst. Commentaar op het onderzoek 'Opnieuw: God in Nederland'*. Baarn: Ambo, p. 33-60.
- Querido, A. (1960). *Godshuizen en gasthuizen*. Amsterdam: Em. Querido's Uitgeversmaatschappij.
- Rijnsdorp, C. e.a. (1979). *Christelijke organisaties in discussie; een bijdrage*. 's-Gravenhage: Uitgeverij Boekencentrum.
- Schepens, Th. (1982). *De identiteit van het christelijke ziekenhuis: enkele resultaten van het vooronderzoek en probleemstelling voor het hoofdonderzoek*. Tilburg: IVA-Instituut voor Sociaal-wetenschappelijk Onderzoek.
- Schepens, Th. (1984). *Christelijke instellingen voor gezondheidszorg. Onderzoek naar de aard en beleving van de christelijke dimensie*. Tilburg: IVA-Instituut voor Sociaal-wetenschappelijk Onderzoek.
- Schepens, Th. (1987). 'De zin van christelijke ziekenhuizen. Overwegingen naar aanleiding van landelijke ontwikkelingen en recent sociaal-wetenschappelijk onderzoek'. In: *Heeft de naaste toekomst? Lezingen, uitgesproken op het symposium over Identiteit in de zorgverlening*. Groningen: Diaconessenhuis Groningen, p. 19-25.
- Schepens, Th. (1989). 'Studenten en afgestudeerden aan theologische faculteiten en universiteiten in Nederland. Een statistisch overzicht, 1977-1987'. *Jaarboek van het Katholiek Documentatie Centrum* 19:129-147.

- Schepens, Th. (1991). *Kerk in Nederland. Een landelijk onderzoek naar kerkbetrokkenheid en kerkverlating*. Tilburg: Tilburg University Press.
- Schepens, Th. (1993). 'Statistieken onthullen veerkracht r.k. kerk in Nederland'. *Een-twee-een* 21:707-710.
- Schepens, Th. (1994). 'Individualisering doodsteek voor solidariteit en religie?'. In: A. van den Broek en B. Seuren (red.), *Individualisering & solidariteit: Oldendorff-lezingen 1994*. Tilburg: Tilburg University Press, p. 191-205.
- Schnabel, P. en P. Delnooz (1983). 'De plaats van de levensbeschouwing in de geestelijke gezondheidszorg en zwakzinnigenzorg'. In: *Ontzuilde zorg: Ontzielde zorg? Institutionele aspecten van de relatie levensbeschouwing en geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, p. 17-41.
- Schreuder, O. (1989a). 'Nederlandse katholieken tussen assimilatie en pluralisme'. In: G.A.M. Beekelaar (red.), *Tussen isolement en assimilatie. Katholieken en het hedendaagse culturele klimaat*. Baarn: Ambo, p. 72-90.
- Schreuder, O. (1989b). 'Religieuze veranderingen in Nederland'. In: I. Gadourek en J.L. Peschar (red.), *De open samenleving? Sociale veranderingen op het terrein van geloof, huwelijk, onderwijs en arbeid in Nederland*. Deventer: Van Loghum Slaterus, p. 13-25.
- Schreuder, O. (1994). 'Culturele individualisering'. In: J.A. van der Ven (red.), *Individualisering en religie*. Baarn: Ambo, p. 37-59.
- Schreuder, O. en L.B. van Snippenburg (1990). 'De vergeten factor'. In: O. Schreuder en L.B. van Snippenburg (red.), *Religie in de Nederlandse samenleving. De vergeten factor*. Baarn: Ambo, p. 7-16.
- Shiner, L. (1967). 'The concept of secularization in empirical research'. *Journal for the Scientific Study of Religion* 6:207-220 (Ndl. vert.: 'Het secularisatiebegrip in het empirisch onderzoek'. In: K. Dobbelaere en L. Laeyendecker (red.), *Godsdienst, kerk en samenleving. Godsdienstsociologische opstellen*. Rotterdam: Universitaire Pers Rotterdam; Antwerpen: Standaard, 1974, p. 252-274).
- Slik, F.W.P. van der (1992). *Overtuigingen, attitudes, gedrag en ervaringen. Een onderzoek naar de godsdienstigheid van ouders en van hun kinderen*. Helmond: Wibro.
- Smits, A.H. (1992). 'Scholing en opleiding'. In: H. Schaeffer e.a. (red.), *Handboek godsdienst in Nederland*. Amersfoort: De Horstink, p. 552-564.
- Smits, P. (1952). *Kerk en stad. Een godsdienst-sociologisch onderzoek met inbegrip van een religiografie van de industriestad Enschede*. 's-Gravenhage: Boekencentrum.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (1990). *Sociaal en Cultureel Rapport 1990*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau; 's-Gravenhage: VUGA.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (1992). *Sociaal en Cultureel Rapport 1992*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau; 's-Gravenhage: VUGA.
- Staverman, M. (1954). *Buitenkerkelijkheid in Friesland*. Assen: Van Gorcum.

- Stark, R. (1992). 'Do Catholic societies really exist?'. *Rationality and Society* 4:261-271.
- Stark, R. & Ch. Y. Glock (1968). *American piety: the nature of religious commitment*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Stark, R. & L.R. Iannaccone (1994). 'A supply-side reinterpretation of the "secularization" of Europe'. *Journal for the Scientific Study of Religion* 33:230-252.
- Stark, R & J.C. McCann (1993). 'Market forces and Catholic commitment: exploring the new paradigm'. *Journal for the Scientific Study of Religion* 32:111-124.
- Stoffels, H.C. en G. Dekker (1987). *Geloven van huis uit? Een onderzoek naar godsdienstige veranderingen bij studenten van de Vrije Universiteit*. Kampen: Uitgeversmaatschappij J.H. Kok.
- Thurlings, J.M.G. (1971). *De wankelende zuil. Nederlandse katholieken tussen assimilatie en pluralisme*. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt; Amersfoort: De Horstink.
- Thurlings, J.M.G. (1978). *De wankelende zuil. Nederlandse katholieken tussen assimilatie en pluralisme*. Deventer: Van Loghum Slaterus (tweede, vermeerderde druk).
- Tschannen, O. (1991). 'The secularization paradigm: a systematization'. *Journal for the Scientific Study of Religion* 30:395-415.
- Velle, K. (1995). 'De geneeskunde en de R.K. Kerk (1830-1940): een moeilijke verhouding?'. *Trajecta. Tijdschrift voor de geschiedenis van het katholiek leven in de Nederlanden* 4:1-21.
- Ven, J.A. van der (1992). 'God in Nijmegen. Een theologisch perspectief'. *Tijdschrift voor Theologie* 32:225-249.
- Ven, J.A. van der (1993). 'Katholieke kerk en catholicisme in historisch en empirisch perspectief'. In: J. Peters, J.A. van der Ven en L.G.M. Spruit, *Kerk op de helling. Veranderingen in katholiek Nederland en gevolgen voor de pastorale*. Kampen: Kok, p. 62-92.
- Verweij, J. en L. Halman (1994). 'Onkerkelijkheid in Nederland. Is religie nog immer een relevante factor?' In: P. Ester en L. Halman, *De cultuur van de verzorgingsstaat. Een sociologisch onderzoek naar waardenoriëntaties in Nederland*. Tilburg: Tilburg University Press, p. 215-246.
- Vugt, J.P.A. van en B.M.L.M. van Son (1988). *Nog eens: godsdienst en kerk in Nederland, 1945-1986. Een geannoteerde bibliografie van sociaal-wetenschappelijke en historische literatuur*. Hilversum: Gooi & Sticht.
- Wallace, A.F.C. (1966). *Religion: an anthropological view*. New York: Random House.
- Westra, T. (1981). *Drierichting verkeer. Een onderzoek naar het gebruik en de beoordeling van de werkmappen 'Informatie en handreiking voor de relatie tussen gezin, school en kerk'*. Amsterdam: Instituut voor Toegepast Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek (VU).
- Wilson, B. (1976). *Contemporary transformations of religion*. London/Oxford/New York: Oxford University Press.

- Wilson, B. (1982). *Religion in sociological perspective*. Oxford/New York: Oxford University Press.
- Wilson, B. (1985). 'Secularization: the inherited model'. In: Ph. E. Hammond (ed.), *The sacred in a secular age. Toward revision in the scientific study of religion*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, p. 9-20.
- Wilson, B. (1987). 'Secularization and the survival of the sociology of religion'. *The Journal of Oriental Studies* 26/1:5-10.
- Yinger, J.M. (1970). *The scientific study of religion*. New York: Macmillan; London: Collier-Macmillan.
- Zoelen, H.F. van (red.) (1988). *Katholieke identiteit nader gezien. Verslag van een onderzoek naar de invulling van het begrip 'levensbeschouwelijke/katholieke identiteit' van bejaardenoorden, aangesloten bij de KVB*. 's-Gravenhage: KASKI.
- Zondag, H.J. (1993). *Een taak met ruimte. Onderwijsgevenden van confessionele basisscholen. Persoonlijke levensbeschouwing, houding tegenover het godsdienstonderwijs en relatie met rolzenders*. Nijmegen: UDN.

OVERIGE NOG BESCHIKBARE PUBLICATIES VAN DE THEOLOGISCHE FACULTEIT TILBURG

Zin tussen vraag en aanbod

Theologische en wijsgerige beschouwingen over zin

Deel 18 (1992)

ISBN 90-361-9902-6

Ben Vedder, Jan Jacobs, Tjeu van Knippenberg,

Nico Schreurs, Wim Weren (red.)

De Onvoltooid Verleden Tijd

Negen bijdragen tot een bezinning op traditie

Deel 19 (1992)

ISBN 90-361-9575-6

R.J. Peeters, W.M. Speelman, N. Wiskerke (red.)

Verhalen met verhalen?

Een semiotische studie naar de contextuele benadering van bijbelteksten
in godsdienstonderwijs en catechese

Deel 21 (1993)

ISBN 90-361-9853-4

J.J.C. Maas

Interpretaties van Jesaja 53

Een intertextueel onderzoek naar de lijdende Knecht in Jes 53 (MT/LXX)
en in Lk 22:14-38, Hand 3:12-26, Hand 4:23-31 en Hand 8:26-40

Deel 22 (1993)

ISBN 90-361-9723-6

J.Ch. Bastiaens

Scholastiek en Humanisme

De kritiek van de Leuvense theoloog Jacobus Latomus
op de Erasmiaanse theologiehervorming

Deel 23 (1994)

ISBN 90-361-9954-9

Marcel Gielis

God als vrij-geleide voor goed leven en handelen

Thomas van Aquino's systematische teksten over de predestinatie

Deel 24 (1995)

ISBN 90-361-9805-4

Anna-Maria Jonckheere

Exaltatio crucis

Het feest van Kruisverheffing en de zinging van het kruis
in het Westen tijdens de vroege middeleeuwen

Een liturgie-historische studie

Deel 25 (1995)

ISBN 90-361-9516-0

Louis van Tongeren

Martha en Maria revisited
Zorg als ethisch perspectief
Deel 26 (1996)
Inge van Nistelrooy



De plaats en betekenis van de godsdienst is een centraal en betogen dat de godsdienst is geworden en zal worden.

decennia vele confessionele organisaties zijn verdwenen. Maar ook waar dat niet het geval is, zoals in het school- en ziekenhuiswezen, waar nog vele confessionele organisaties bestaan, zou de godsdienst weinig te betekenen hebben. Anderen vinden dat dit beeld nuancering behoeft en dat de betekenis van de godsdienst in de Nederlandse samenleving onderschat wordt.

Deze studie is gewijd aan de (protestants-)christelijke ziekenhuizen in Nederland. Het onderzoek is gebaseerd op schriftelijke enquêtes onder de directies van die ziekenhuizen en op mondelinge interviews bij het daar werkzame verplegend en verzorgend personeel. Is de godsdienst op het niveau van de ziekenhuisorganisatie en in het beleid een relevante factor? Is er wat dit betreft verschil tussen de diverse sectoren die het ziekenhuiswezen kent: algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, verpleeghuizen en instellingen voor zwakzinnigenzorg? Is de godsdienst binnen het dagelijkse werk van het verplegend en verzorgend personeel van betekenis? En in welke mate wordt dat beïnvloed door de wijze waarop de ziekenhuisorganisatie gestalte geeft aan haar christelijke identiteit?

Theo Schepens is werkzaam als universitair docent godsdienstsociologie aan de Theologische Faculteit Tilburg.

Tilburg University Press
Postbus 90153
5000 LE Tilburg

ISBN 90-361-9847-X
NUGI 652

